

Hochschule Mittweida
Fakultät Soziale Arbeit

Masterarbeit

**„Mutter-Kind-Interaktion und postpartale Depression:
Bestandsaufnahme und Analyse der Hilfeangebote in
Leipzig und Umgebung“**

Damaris Bartsch

Masterstudiengang
Therapeutisch orientierte Soziale Arbeit mit Kindern und
Jugendlichen

Erstprüfer: Prof. Dr. Dr. Zurhorst
Zweitprüferin: Prof. Dr. Wedler

Eingereicht: Bad Lausick, 06.01.2012

Vorgelegte Arbeit wurde verteidigt am: 24.02.2012

Bibliographische Beschreibung:

Bartsch, Damaris:

Mutter-Kind-Interaktion und postpartale Depression: Bestandsaufnahme und Analyse der Hilfeangebote in Leipzig und Umgebung. - 2012. - 68 S.
Roßwein, Hochschule Mittweida, Fakultät Soziale Arbeit, Masterarbeit, 2012

Referat:

Ziel der Masterarbeit ist es, das gesellschaftliche Tabuthema der postpartalen Depression unter dem Gesichtspunkt der schwerwiegenden Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Interaktion umfassend zu betrachten und die Helfelandschaft der Region Leipzig und Umgebung unter dem Aspekt der angemessenen Hilfe für Mutter und Kind zu untersuchen. Neben einer explorativen Stichprobe (in Bezug auf die Früherkennung der postpartalen Depression) stellvertretend unter den Hebammen, dienen vier Experteninterviews in den Kliniken mit Roaming-In Angeboten der Grundlage für die Analyse.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abkürzungen	7
Einleitung	8
I	
<u>Mutter-Kind-Interaktion und postpartale Depression</u>	10
I.1 Postpartale Depression	10
I.1.1 Allgemeine Einordnung	10
I.1.2 Epidemiologie	12
I.1.2.1 Kognitive und psychodynamische Ansätze	14
I.1.2.2 Das multifaktorielle Modell	14
I.1.2.3 Risikofaktoren und protektive Faktoren	15
I.1.3 Krankheitsbild	15
I.1.4 Häufigkeit	16
I.1.5 Prophylaxe und Früherkennung	16
I.2 Interaktionelle Verhaltensmuster	17
I.2.1 Die ungestörte Mutter-Kind-Interaktion	17
I.2.2 Interaktionsverhalten von postpartal depressiven Müttern und ihren Kindern	18
I.3 Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung	19
I.4 Themen bei der postpartalen Depression	21
I.5 Der integrative Behandlungsansatz in Heidelberg	22
I.5.1 Fallbeispiel aus der Universitätsklinik Heidelberg	23
I.5.1.1 Psychotherapeutische Hilfe für die Mutter	23
I.5.1.2 Mutter-Kind-Therapie	24
I.6 Welche Hilfe brauchen Mutter und Kind bei einer postpartalen Depression?	25
I.6.1 Psychopharmakatherapie	25
I.6.2 Psychotherapie	26
I.6.2.1 Schwerpunkte der Behandlung aus psycho-	

	therapeutischer Sicht	27
I.6.3	Mutter-Kind-Therapie	28
I.6.4	Multimodale Therapie	29
I.6.4.1	Ambulantes Setting	29
I.6.4.2	Teilstationäres Setting	29
I.6.4.3	Stationäres Setting	30
I.6.4.4	Mutter-Kind-Einheiten	30
I.7	Die Situation in Sachsen	30
I.8	Schlussfolgerung	31
II	<u>Bestandsaufnahme und Analyse der Hilfe- angebote in Leipzig und Umgebung</u>	33
II.1	Die Rolle der Hebammen in Bezug auf die Früh- erkennung der postpartalen Depression	33
II.1.1	Explorative Stichprobe unter den Hebammen in Leipzig und Umgebung	34
II.1.2	Auswertung der explorativen Stichprobe in Leipzig und im Landkreis Leipzig	35
II.1.2.1	Auswertung der Gesamtbefragung	35
II.1.2.2	Unterschiede zwischen dem ländlichen und dem städtischen Gebiet	37
II.1.3	Zusammenfassung	42
II.2	Recherche der Hilfeangebote	43
II.2.1	Qualitative Herangehensweise	43
II.2.1.1	Interviewdurchführung	44
II.2.1.2	Kriterien für das Aufbereitungsverfahren	44
II.2.2	Selektive Protokolle aus den Experteninterviews	45
II.2.2.1	Krankenhaus Zschadraß	45
II.2.2.2	Sächsisches Krankenhaus Altscherbitz	47
II.2.2.3	Universitätsklinikum Leipzig	50
II.2.2.4	Parkkrankenhaus Leipzig	52
II.2.3	Analyse und Auswertung der Hilfeangebote	54

II.2.3.1	Sind die Hilfeangebote für Betroffene der postpartalen Depression ausreichend in Leipzig und Umgebung?	54
II.2.3.2	Sind die Hilfeangebote angemessen für Mutter und Kind als Betroffene?	55
II.2.3.3	Welche grundlegenden Probleme ergeben sich aus der Betrachtung der Hilfeangebote?	56
II.2.3.4	Wo liegen Ressourcen für einen positiven Verlauf?	57
II.2.4	Überblick über sonstige Hilfeangebote (inkl. Präventivmaßnahmen)	57
II.2.4.1	Sozialpädiatrisches Zentrum Leipzig (SPZ)	58
II.2.4.2	Caritasverband Leipzig e.V.	58
II.2.4.3	Wege e.V. (Verein Angehöriger und Freunde psychisch Kranker)	58
II.2.4.4	PEKiP – Kurse	59
II.2.4.5	SAFE Leipzig	59
III	<u>Resümee</u>	60
	Literaturverzeichnis	64
	Erklärung	68
	Anhang	I
	Inhaltsverzeichnis	I
1	Anschreiben an die Hebammen	II
2	Fragebogen für die Hebammen	II
3	Auswertung der Hebammenbefragung	IV
4	Interviewleitfaden für die Experteninterviews in den Kliniken	X
5	Interview im Krankenhaus Zschadraß am 18.10.2011	XII
6	Interview im Sächsischen Krankenhaus	

	Altscherbitz am 20.10.2011	XIX
7	Interview im Universitätsklinikum Leipzig am 17.11.2011	XXX
8	Interview im Parkkrankenhaus Leipzig am 22.11.2011	XXXVIII
9	Interviewleitfaden für das Interview in einer Praxis	XLI
10	Interview in einer Praxis am 23.11.2011	XLII

Abkürzungen

Aufl.	Auflage
bspw.	beispielsweise
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen)
etc.	et cetera
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
Hg.	Herausgeber
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
inkl.	inklusive
lat.	lateinisch
o.a.	oder andere
o.ä.	oder ähnliches
o.g.	oben genannte
o.V.	ohne Verlag
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PPD	postpartale Depression
s.o.	siehe oben
u.a.	unter anderem
v.a.	vor allem
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization, WHO Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel

Einleitung

Gesellschaftlich wird suggeriert, dass die Geburt eines Kindes eine sehr beglückende Phase im Leben einer Frau darstellt. Zeitschriften bilden gut aussehende Mütter ab, die fröhlich ihre Babys stillen. Dieser Mythos stellt sich in der Realität oftmals als Trugschluss heraus, denn häufig sind depressive Störungen im Wochenbett keine Seltenheit. Die postpartalen (lat.: post partus = nach der Niederkunft) psychischen Erkrankungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen der Frauen vor dem Klimakterium. Im Allgemeinen herrscht darüber große Unkenntnis, da in der deutschsprachigen Literatur über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nur wenig oder gar nichts darüber erwähnt wird (vgl. Dohmen, 2007, S.4). Aufgrund der zahlreichen biologischen und psychosozialen Veränderungsprozesse und der Ambivalenzen zwischen Wünschen und Hoffnungen, aber auch Befürchtungen und Ängsten kommt es vor, dass Frauen in der Schwellensituation zur Mutterschaft, eine erhöhte psychische Vulnerabilität aufweisen und den Ausbruch einer postpartalen Erkrankung begünstigen. Die drei klassischen postpartalen Krankheitsformen umfassen die leichte depressive Reaktion (auch unter 'Baby Blues' bekannt), die postpartale Depression und die postpartale Psychose. In dieser Arbeit möchte ich mich hauptsächlich der postpartalen Depression zuwenden, zum Teil betreffen die Ausführungen auch die postpartalen Erkrankungen allgemein, da die Übergänge fließend sind.

Im ersten Teil der Arbeit (I) werde ich die Thematik „Mutter-Kind-Interaktion und postpartale Depression“ inhaltlich durch Literaturarbeit betrachten. Dabei gehe ich ausführlich auf das Störungsbild der postpartalen Depression ein, stelle die interaktionellen Verhaltensmuster zwischen Mutter und Kind dar, betrachte mögliche Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung und zeige Behandlungsansätze auf. Nach einem kurzen Einblick in die Situation in Sachsen und einer Schlussfolgerung wende ich mich dem zweiten Teil dieser Arbeit zu (II), nämlich der „Bestandsaufnahme und Analyse der Hilfeangebote in Leipzig und Umgebung“. Dabei möchte ich anhand einer explorativen Stichprobe unter den Hebammen, die Rolle der Hebammen in Bezug auf die Früherkennung der postpartalen Depression aufzeigen und prüfen. Danach beleuchte und

analysiere ich vier wesentliche Hilfeangebote in Leipzig und Umgebung anhand von Experteninterviews. Im Anschluss daran nenne ich ein paar weitere mögliche Hilfeangebote und gebe ein Resümee, mit Schlussfolgerungen dieser Arbeit.

Aus Gründen der Einfachheit gestatte ich mir, genannte Personen (z.B. Hilfspersonal) häufig in der männlichen Form darzustellen, wobei an dieser Stelle immer auch die weibliche Form gemeint ist.

Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen, betrachte ich ausschließlich das unmittelbar mitbetroffene Kind und keine weiteren Geschwisterkinder.

I. Mutter-Kind-Interaktion und postpartale Depression

Postpartale Erkrankungen fallen in einen Zeitraum, in dem Säuglinge fundamental auf die Bedürfnisbefriedigung ihrer Primärbezugsperson angewiesen sind. Diese verkörpern in der Regel die Mütter. Aus diesem Grund beschränke ich mich in dieser Arbeit auf die 'Mutter-Kind-Interaktion'. „Die postpartale Depression gilt heute als die häufigste psychiatrische Erkrankung nach der Geburt“ (Wimmer-Puchinger, 2006, S.22). Erst in den vergangenen Jahren wurde die postpartale Depression zunehmend wissenschaftlich erkannt, jedoch in der Geburtshilfe, Schwangeren- und Elternberatung noch nicht ausreichend beachtet. In der Praxis ist es leider so, dass Mütter oft die Symptome lange Zeit verschweigen, aufgrund von Scham- und Schuldgefühlen oder aus Angst, eingewiesen und vom Kind getrennt zu werden. Dadurch bleibt die postpartale Depression häufig unerkannt und unbehandelt oder wird erst sehr spät erkannt und behandelt. Manchmal wird auch die postpartale Depression mit dem sogenannten 'Baby Blues' verwechselt, der häufiger vorkommt, jedoch wesentlich schneller vorüber geht (vgl. Riecher-Rössler, 2006, S.14f.). Somit können die Folgen schwer sein, besonders für mit betroffene Kinder. Schwierigkeiten, die sich aus der Problematik ergeben, möchte ich im weiteren Verlauf betrachten und mögliche Wege aufzeigen.

I.1 Postpartale Depression

I.1.1 Allgemeine Einordnung

Die psychopathologischen Störungen in der postpartalen Zeit sind in der psychiatrischen Literatur sehr umstritten und bis heute nicht als eigenständiges Krankheitsbild anerkannt. Der französische Arzt Louis Victor Marcé veröffentlichte einen ersten Beitrag zur Erforschung der postpartalen Symptome in seinem 1858 erschienenen Buch und beschrieb darin das Ineinandergreifen möglicher psychischer Symptome und körperlicher Veränderungen nach der Geburt. Die postpartale Depression wurde erst Mitte des letzten Jahrhunderts als verbreitete Störung erkannt, während die Kindbettpsychose längst in der Geburtsmedizin etabliert war. Nachdem 1980 ein interdisziplinärer Kongress in Manchester stattfand, gründete eine Gruppe von Psychiatern eine

Fachgesellschaft: 'Marcé-Gesellschaft', nach dem französischen Pionier benannt. Durch viele Studien dieser Gesellschaft in den vergangenen Jahren wurden die postpartalen psychischen Störungen definitorisch festgelegt (vgl. Pedrina, 2006, S.31). Je nach Schweregrad der psychischen Störung und der Häufigkeit ihres Auftretens werden sie in drei Kategorien unterteilt:

„1. die leichte depressive Reaktion, 'Baby-Blues' (bei etwa 50% der Gebärenden). Diese tritt in den ersten zwei Wochen nach der Entbindung auf und dauert einige Tage bis wenige Wochen. Häufige Symptome sind Weinen, Angst, Verwirrung und somatische Beschwerden.

2. die postpartale Depression (bei 10 bis 15% der Gebärenden). Sie kann drei Wochen bis einige Monate nach der Geburt des Kindes auftreten. Es gibt leichtere bis schwere Formen. Erstere sind durch Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, exzessive Müdigkeit, Weinen und somatische Beschwerden charakterisiert. Bei den schwereren Zuständen kommen Selbstzweifel, Schuldgefühle, Selbstverletzungen, suizidale Gedanken oder Suizidhandlungen dazu, die unter Umständen eine Hospitalisation erforderlich machen.

3. die postpartale Psychose (bei 1 bis 2/100 der Gebärenden). Sie beginnt kurze Zeit nach der Entbindung und ist eine schwere psychische Störung, für die meist stationäre Behandlung notwendig ist. Sie kann sich unter anderem durch manische oder schwer depressive Zustände, Halluzinationen, Wahnideen, bizarres oder aggressives Verhalten manifestieren“ (Pedrina, 2006, S.31f.).

In den internationalen Klassifikationsmanualen (ICD-10 und DSM-IV) gibt es bis heute keine eigenständigen Kategorien der postpartalen psychischen Störungen. Im ICD-10, dem Manual der WHO, werden diese Störungen unter der Diagnose „F 53 Psychische und andere Verhaltensstörungen im Wochenbett“ (Dilling, H., Freyberger, H.J.[Hrsg.], 2006, S.211) eingeordnet, oder als andere Störungen, wie Angststörungen, Panikstörungen, Zwangsstörungen, affektive Störungen, depressive Episoden, sexuelle Funktionsstörungen o.a. erfasst. In Bezug auf den Zeitrahmen, innerhalb dessen von einer postpartalen Depression gesprochen wird, gehen die meisten Autoren in der Literatur von dem Jahr nach der Geburt aus. Besonders häufig treten diese depressiven Störungen jedoch innerhalb der ersten drei Monate nach der Entbindung auf. Die Dauer kann sehr

unterschiedlich sein, von zwei Wochen, über drei Monate bis hin zu einem Jahr und länger (vgl. Lohse, 2008, S.56).

I.1.2 Epidemiologie

Es gibt noch keine umfassenden Studien über die Ätiologie und Pathogenese der postpartalen Depression. Vielmehr wurden verschiedene Aspekte untersucht (vgl. Oddo, S., Klinger, D., Würzburg, J. ..., 2008, S.12). Aufgrund uneinheitlicher diagnostischer Einordnung, unterschiedlicher Messzeitpunkte nach der Geburt und unterschiedlicher Erhebungsinstrumente sind die Ergebnisse zur Ursachenforschung der postpartalen Depression uneinheitlich und teilweise widersprüchlich.

Es wurden Untersuchungen nach Anhaltspunkten für die Häufigkeit des Auftretens postpartaler Depressionen angestellt (nach Merkmalen wie Alter, Zivilstand etc.), die keine brauchbaren Hinweise auf ätiologische Faktoren lieferten (vgl. Pedrina, 2006, S.33f.). Häufig wird in der Literatur ein Zusammenhang zu den biologischen Veränderungen gesehen, es konnte allerdings kein abnormer Geschlechtshormonspiegel bei postpartal depressiven Frauen nachgewiesen werden (vgl. Dohmen, 2007, S.42f.). „Bei Strobl (2002) ergab sich, dass Frauen, die ihr Kind aufgrund von Komplikationen erst nach mehr als 24 Stunden das erste Mal Stillen konnten und somit erst spät intensiven Körperkontakt hatten, vier mal häufiger eine postpartale Depression entwickelten“ (Dohmen, 2007, S.44). Weiterhin wurden psychosoziale Faktoren untersucht. „In den Untersuchungen von Paykal et al. (1980), Feggetter et al. (1981), Cox et al. (1982), Balinger (1982), Kumar und Robson (1984), O'Hara (1986), Boyce et al. (1991) und Strobl (2002) gaben die Frauen mit postpartaler Depression signifikant häufiger an, sowohl im Krankenhaus als auch zu Hause weniger Unterstützung durch ihren Ehemann bei der Versorgung des Babys und des Haushaltes erhalten zu haben; auch Konflikte in der Ehe und das Gefühl, vom Partner nicht geliebt zu werden, wurden häufig angegeben“ (Dohmen, 2007, S.45). Bezüglich der häufig angeführten mangelnden sozialen Unterstützung (freundschaftliche und elterliche Unterstützung) fand O'Hara 1986 in seiner Studie heraus, dass sich die soziale Unterstützung der postpartal depressiv

Erkrankten objektiv gesehen von nicht erkrankten Müttern nicht unterscheidet, allerdings die postpartal Erkrankten die Unterstützung als zu geringfügig und zu wenig adäquat empfinden (vgl. Dohmen, 2007, S.46).

Weiterhin wurden Zusammenhänge zwischen spezifischen Umständen der Geburt und Schwangerschaft untersucht (z.B. hormonelle Situation, Schwangerschaftskomplikationen, geburtshilfliche Eingriffe etc.), die widersprüchlich und nicht aufschlussreich waren (vgl. Pedrina, 2006, S.33f.). Die Forschung nach dem Zusammenhang zwischen Vorerkrankungen und postpartaler Depression ist aufschlussreicher und weniger widersprüchlich. „In den meisten Untersuchungen waren postpartal depressive Mütter signifikant häufiger durch vorhergehende psychische Erkrankungen vorbelastet. So ergab sich bei Tod (1964), Nilsson und Almgren (1970), Paykel et al. (1980), Dean und Kendell (1981), Feggetter et al. (1981), Watson et al. (1984), Melzer und Kumar (1985), O'Hara (1986), O'Neill et al. (1990) und O'Hara et al. (1991), dass von Frauen, die unter postpartaler Depression leiden, schon ungefähr ein Drittel vor der Schwangerschaft eine psychiatrische Erkrankung durchgemacht haben (vgl. Gröhe, F. 2002, S.55; Sauer, B. 1993, S.106). Die Studien von Käser et al. (1967), Meares et al. (1976), Elliott et al. (1983), Saks et al. (1985), Murray und Gallahue (1987), Whiffen (1988), Gotlib et al. (1991), O'Hara et al. (1991), Beck (1996) und Strobl (2002) ergaben, dass Frauen mit postpartaler Depression signifikant häufiger als gesunde Frauen schon während der Schwangerschaft depressive Symptome zeigten und Stimmungsschwankungen durchlebten (vgl. Riecher-Rössler, A. 2001, S.34; Sauer, B. 1993, S.106ff.; Strobl, C.W. 2002, S.49)“ (Dohmen, 2007, S.49). Ebenfalls erwies sich die Kombination aus Vulnerabilität und Lebensstress als signifikant bei der Entwicklung einer postpartalen Depression (vgl. Lohse, 2008, S.64). Bisher konnten in der Forschung keine endokrinen Faktoren als Prädiktor für eine postpartale Depression belegt werden (vgl. Oddo, S., Klinger, D., Würzburg, J. ..., 2008, S.12).

Insgesamt ist also anzunehmen, dass biologische, soziale und psychische Faktoren ausschlaggebend sind bei der Auslösung dieser Störung, wenn eine Prädisposition vorhanden ist.

1.1.2.1 Kognitive und psychodynamische Ansätze

Sowohl bei den kognitiv-lerntheoretischen als auch bei den psychodynamischen Ansätzen kommt dem Selbstwertgefühl eine zentrale Bedeutung zu, bei der Entstehung depressiver Störungen. „Einige Forscher untersuchten die Rolle des Selbstwertgefühls als Schlichter der Effekte von Stressoren und sozialen Ressourcen bei der Entwicklung postpartaler depressiver Symptomatik. Im Ergebnis zeigten Mütter mit einem geringen Selbstwertgefühl eine 39-mal höhere Wahrscheinlichkeit zu erkranken, als Mütter mit stabilerem Selbstwertgefühl. ...

Auch den Alltagsstressoren kam eine zentrale Bedeutung zu. Die Autoren schlussfolgerten, dass die Wahrscheinlichkeit, an einer PPD zu erkranken, geringer ist, wenn es gelingt, Alltagsstressoren abzubauen und gleichzeitig die Qualität der wichtigen Beziehungen zu fördern“ (Lohse, 2008, S.65).

Psychodynamische Ansätze sehen weiterhin eine große Bedeutung in der Mutter-Kind-Beziehung der erkrankten Betroffenen. Durchgängig besteht die Annahme einer gestörten eigenen Mutterbeziehung, wobei die Ausprägung des Konfliktes individuell unterschiedlich beschrieben wird. „Einige Autoren gehen von einer misslungenen Identifikation mit der eigenen Mutter aus, beziehungsweise von der Bedeutung der an der eigenen Mutter erfahrenen Mütterlichkeit, während beispielsweise Kisker et al. 1987 von einer Reaktualisierung verdrängter Aggressionen gegen die Mutter sprechen“ (Lohse, 2008, S.66).

1.1.2.2 Das multifaktorielle Modell

In der Literatur wird durchgehend von einer multifaktoriellen Verursachung einer postpartalen Depression gesprochen. „Auf das empfindliche, biochemische Gleichgewicht nach der Geburt treffen weitere Stressfaktoren physischer, psychodynamischer und psychosozialer Art, die dann – auch unter dem Einfluss entsprechender genetischer Anlagen – Symptome der Depression hervorrufen“ (Lohse, 2008, S.66). Körperliche und seelische Vorgänge sind eben nicht zu trennen und bedingen einander. Deshalb kann man von verschiedenen Einflussfaktoren ausgehen, also von einer multifaktoriellen Verursachung.

I.1.2.3 Risikofaktoren und protektive Faktoren

Der konsistente Risikofaktor für eine postpartale Depression wurde in einer vor bestehenden Prädisposition ermittelt. Etwa 1/3 der betroffenen postpartal depressiven Mütter litten mindestens einmal vor der Schwangerschaft an einer psychiatrischen Erkrankung. Bei 70% der betroffenen Mütter gibt es mindestens einen Familienangehörigen ersten Grades mit einer psychischen Erkrankung (vgl. Riecher-Rössler, 2006, S.13f.). „In Artikeln, die epidemiologische Studien zusammenfassen, wird festgestellt, dass Kinder depressiver Eltern allgemein ein erhöhtes Risiko haben, selbst an einer depressiven Störung zu leiden. Auch andere psychiatrische Störungen scheinen bei Kindern depressiver Eltern vermehrt aufzutreten“ (Pedrina, 2006, S.34). Die unsicheren Beziehungsstrukturen, die häufig Kinder postpartal erkrankter Mütter entwickeln, gelten als Risikofaktoren für die Entwicklung von Angststörungen und Depressionen bei Kindern (vgl. Dohmen, 2007, S.71).

Einige Autoren schlussfolgerten, dass die Wahrscheinlichkeit an einer postpartalen Depression zu erkranken geringer ist, wenn Alltagsstressoren abgebaut werden und gleichzeitig die Qualität der wichtigen Beziehungen gefördert werden (vgl. Lohse, 2008, S.65). Des Weiteren wurde in Interaktionsstudien zwischen Kindern depressiv erkrankter Mütter und nicht depressiven Vätern oder anderen Bezugspersonen festgestellt, dass die Kinder das depressive Verhalten nicht wiederholen. Darin könnte eine Chance liegen, die negativen Auswirkungen der depressiven Mutter-Kind-Interaktion zu entschärfen. Unterschiedliche epidemiologische Studien machen deutlich, dass sowohl die Qualität der Partnerbeziehung vor der Entbindung und die Unterstützung durch den Partner sehr wichtige protektive Faktoren gegen eine postpartale Depression sind (vgl. Pedrina, 2006, S.37).

I.1.3 Krankheitsbild

Neben den typischen möglichen Symptomen einer Depression, so z.B. die dysphorische Stimmungslage, Antriebslosigkeit, Interessenverlust, innere Leere, Ängste, Schuldgefühle, somatische Beschwerden, gehemmte Motorik und

Schlafstörungen, zeigen sich bei Frauen mit postpartaler Depression negative, ambivalente oder fehlende Gefühle für das Kind und große Ängste, den Aufgaben als Mutter nicht gewachsen zu sein oder Ängste um die Gesundheit ihres Kindes (vgl. Dohmen, 2007, S.39). Die kindbezogene Symptomatik reicht von Schuldgefühlen gegenüber dem Kind bis hin zu Zwangsgedanken und Bindungsstörungen in Bezug auf den Säugling. „Eine Bindungsstörung tritt bei ca. 10% aller postpartal erkrankten Mütter auf und manifestiert sich in Zurückgezogenheit und der Unfähigkeit, sich dem Kind emotional zuzuwenden. ... Den wohl tragischsten Verlauf einer PPD stellt der Infantizid dar, welcher bei 1-2 pro 100000 depressiven Müttern auftritt“ (Oddo, S., Klinger, D., Würzburg, J. ..., 2008, S.12).

In der Literatur wird die postpartale Depression auch 'atypische Depression' genannt, da sich einige Symptome von der klassischen Depression unterscheiden. Postpartal depressive Frauen essen eher übermäßig viel, anstatt an Appetitlosigkeit zu leiden. Der Morgen ist eher die bessere Tageszeit, als der Abend. Häufig sind sie stark reizbar, ungeduldig und streitsüchtig, bevor sie zusammenbrechen, mit heftigem Weinen und großen Scham- und Schuldgefühlen. Anlass für die Aggressionen geben häufig die Kinder, die z.B. weinen und sich von ihrer Mutter nicht beruhigen lassen (vgl. Dohmen, 2007, S.40).

I.1.4 Häufigkeit

Aufgrund verschiedener diagnostischer Kriterien und Erhebungszeiträume schwanken die Angaben des Auftretens postpartaler Depressionen zwischen 6% und 22%. Laut Forschungsarbeiten leiden 10-15% der Mütter innerhalb eines Jahres an einer postpartalen Depression. Dabei sind die Frauen eingeschlossen, die bereits vor der Geburt an einer Depression litten, als auch Frauen, die erst nach der Geburt eine Depression entwickelten (vgl. Dohmen, 2007, S.40).

I.1.5 Prophylaxe und Früherkennung

Da Frauen, die schon einmal psychisch erkrankt waren, postpartal ein hohes Wiedererkrankungsrisiko haben (ohne Prophylaxe liegt es bei 30 bis 60 %), ist

eine engmaschige psychiatrische Betreuung und in schweren Fällen auch eine prophylaktische antidepressive Medikation unmittelbar nach der Entbindung dringend zu empfehlen. Eine beginnende postpartale Depression kann früh erkannt werden, durch ein Screening mit der 'Edinburgh Postnatal Depression Scale' (EPDS), ein Selbstbeurteilungs-Instrument, das in der Routine leicht anzuwenden ist (vgl. Riecher-Rössler, 2006, S.15f.).

Michael Rutter, ein Kinderpsychiater, weist daraufhin, dass die mütterliche Depression nur ein Risikofaktor für eine ungünstige kindliche Anpassung darstellt, des weiteren sei die Entwicklung des Kindes von sozialen und genetischen Faktoren abhängig (vgl. Lohse, 2008, S.87).

I.2 Interaktionelle Verhaltensmuster

Interaktion ist sowohl beobachtbarer Ausdruck innerer Haltung als auch Beziehung. Es ist die Gesamtheit der verbalen und nonverbalen Kommunikation und der daraus entstehenden Wechselwirkung (vgl. Schwarz-Gerö, 2006, S.129).

I.2.1 Die ungestörte Mutter-Kind-Interaktion

Während der Schwangerschaft ist das Kind nie von seiner Mutter getrennt, es bewegt sich mit ihr. Die längst begonnene Beziehung, entwickelt sich nach der Geburt weiter. Im Miteinander ist die Wechselseitigkeit von großer Bedeutung. „Das Kind sendet Signale und die Mutter nimmt diese auf und beantwortet sie; beide treten in eine rational nicht begreifliche Kommunikation, bei der Körper- und Augenkontakt sehr wichtig sind. ... Damit eine sichere Bindung entstehen kann, ist feinfühliges Verhalten der Mutter bzw. einer anderen Bezugsperson notwendig, wobei mit Feinfühligkeit die Fähigkeit gemeint ist, kindliche Signale wahrzunehmen, diese dann richtig zu interpretieren und sie direkt und angemessen zu befriedigen“ (Dohmen, 2007, S.16f.).

Zusammenfassend kann man sagen, dass die 'Mutter-Kind-Bindung' von sehr großer Bedeutung für das Kind ist, da der Säugling nach der Entbindung nicht selbständig überlebensfähig ist. Durch Nahrungszufuhr, Körperkontakt, Wärme, Sprache und Augenkontakt fördert die Mutter seine kognitive und motorische Entwicklung. Die grundlegende Erfahrung von Sicherheit, Vertrauen und

Verlässlichkeit in die Bindungsperson in der frühen Kindheit sind für das gesamte Leben des Kindes sehr wertvoll und unersetzlich und nur mit sehr großen Anstrengungen später nachzuholen (vgl. Lohse, 2008, S.72).

I.2.2 Interaktionsverhalten von postpartal depressiven Müttern und ihren Kindern

Die postpartale Depression kann zu einer deutlichen Beeinträchtigung der wichtigen Bindung zwischen Mutter und Kind führen. Um die pathogenetischen Mechanismen zwischen Mutter und Kind bei postpartaler Depression zu erforschen, wurden experimentelle Studien durchgeführt. „Dazu wies man in der als 'face to face' – Interaktion bekannten Forschungssituation die Mütter an, sich in Mimik und Haltung depressiv zu geben ('still face condition'), um die Reaktionen der Babys zu erfassen (Cohn & Tronick, 1983). Die so getesteten gesunden Babys veränderten ihr Verhalten in dieser Interaktionssituation stark: Sie zeigten sich misstrauisch, wandten den Blick ab, protestierten und versuchten, die Aufmerksamkeit der Mutter zu erregen. Demgegenüber gab es bei Kindern depressiver Mütter weniger Anzeichen dafür, dass die 'still face' – Situation sie in Alarmbereitschaft versetzt. In vergleichenden Untersuchungen an klinischen Fällen (Field, 1984; Cohn et al., 1990) zeigte sich, dass Babys, die mit ihrer depressiven Mutter leben, in ihren spontanen Interaktionen weniger lebhaft sind, weniger vokalisieren, weniger positive und mehr negative Gesichtsausdrücke aufweisen als Babys nicht depressiver Mütter“ (Pedrina, 2006, S.35). Diese Studien machen deutlich, wie sensibel Babys die Stimmungen ihrer Mutter wahrnehmen und spiegeln. Sie können bereits ganz früh einen passiven-depressiven Interaktionsstil entwickeln, wenn die Interaktion nicht angemessen stattfindet. Die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion ist bei einer postpartalen Depression deutlich eingeschränkt, denn im Verhältnis zu nicht depressiven Müttern reagieren depressive Mütter wesentlich langsamer auf die Vokalisation des Kindes, außerdem ist die Modulation ihrer eigenen Sprache weniger ausgebildet und der kindlichen Ausdrucksweise weniger angepasst. Weiterhin stellten mehrere Autoren fest, dass neben der verminderten Reaktivität auch vermehrt negatives und feindseliges Verhalten der depressiven Mutter dem

Kind entgegengebracht wird (vgl. Pedrina, 2009, S.35f.).

Zusammenfassend kennzeichnet das Verhalten postpartal depressiver Mütter meist mangelnde Responsivität, Passivität, eher negative als positive Affekte und ein eingeschränktes mimisches Ausdrucksverhalten (vgl. Field et al., 1985, 1988; Reck et al., 2004; Righetti.Veltema et al., 2002 in: Reck, 2007, S.326).

Depressiven Müttern mangelt es an Empathie und emotionaler Verfügbarkeit. Hinsichtlich ihrer Selbstwirksamkeit in der elterlichen Rolle schätzen sie sich deutlich negativer ein, als nicht depressive Mütter. Weiterhin nehmen sie das Verhalten ihrer Kinder negativer wahr, als objektive Betrachter. Die Annahme liegt nahe, dass die Mütter in ihrer Fähigkeit zur interaktiven Regulation kindlicher Affektzustände eingeschränkt sind, was wiederum bei den Kindern eine höhere Irritation, weniger selbstregulatorische Fähigkeiten und eine unsichere Bindung hervorrufen kann (vgl. Campbell et al., 1997; Diego et al., 2002 in: Reck, 2007, S.327).

„Typische Verhaltensweisen von Kindern in der Interaktion mit ihren depressiv erkrankten Müttern sind vermehrt Rückzug, ein geringes Maß an positivem Affektausdruck sowie die Vermeidung des Blickkontaktes (Papousek, 2001). Tronick und Gianino (1986) nehmen in diesem Kontext an, dass den Interaktionsverhaltensweisen der Kinder depressiver Mütter eine selbstregulatorische Funktion zukommt. Das häufige Wegdrehen des Kopfes und die aktive Vermeidung des Blickkontaktes kann als Versuch des Säuglings verstanden werden, sich vor dem negativen Effekt des nicht-responsiven und/oder intrusiven mütterlichen Verhaltens zu schützen“ (Reck, 2007, S.328).

I.3 Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung

Die Entwicklungsprognose der Kinder psychisch kranker Mütter sind ungünstiger, als die der Kinder gesunder Mütter, so Martinus und Frank. „Bereits mit drei Monaten ließen sich Anzeichen für Abweichungen finden und mit zwei Jahren wiesen diese Kinder deutliche Defizite in der sozial-emotionalen und kognitiven Entwicklung auf, die sich darin äußerten, dass sie in ihrem Sozialverhalten auffälliger und sprachlich weniger entwickelt waren, als gleichaltrige Kinder mit gesunden Müttern (vgl. Schone, R., Wagenblass, S. 2001, S.11ff.) ... Zu den bei

Kindern postpartal psychisch erkrankter Mütter vermehrt auftretenden kognitiven Defiziten und Verhaltensstörungen scheint zudem noch als Langzeitfolge hinzuzukommen, dass diese Kinder unsichere Beziehungsstrukturen entwickeln; sie haben deutlich häufiger eine dysregulierte oder ängstlich-vermeidende Beziehung zu ihren Müttern“ (Dohmen, 2007, S.71).

Trotz dessen, dass die Säuglinge mit zunehmendem Alter nicht nur auf ihre Mutter bezogen sind, sondern zusätzlich Interesse an der Exploration ihrer Umwelt entwickeln, bleibt zu vermuten, dass die Kinder bei der Eroberung der physischen Umwelt und der Beziehungen in ihren Erfahrungen aufgrund ihrer grundlegenden Erfahrungen mit ihrer depressiven Mutter eingeschränkt sind (vgl. Pedrina, 2006, S.36). „Das Verhalten von Kindern depressiver Mütter in Belastungssituationen weist nach Field (1988) auf einen passiven Copingstil hin, Cohn und Tronick (1983) vermuten, dass das Erleben des Kindes, das Interaktionsverhalten der Mutter nicht positiv beeinflussen zu können, zu einem Gefühl der Ineffektivität und Hilflosigkeit führt. Das Ziel des Kindes, aktiv Reziprozität herzustellen, misslingt, und es wäre denkbar, dass schon in einem Alter von sechs Monaten die Grundlage einer Vulnerabilität für spätere depressive Störungen im Sinne des Konzeptes der 'erlernten Hilflosigkeit' entsteht“ (Reck, 2007, S.329).

Durch die beeinträchtigten interaktionellen Abstimmungsprozesse bei postpartal depressiven Mütter kommt es zu einer ungünstigen emotionalen und kognitiven Entwicklung des Säuglings (vgl. Reck, 2007, S. 328).

Allgemein scheint die Dauer der postpartalen psychischen Erkrankung der Mutter von entscheidender Bedeutung für die Entwicklung des Kindes in Bezug auf Langzeitfolgen zu sein. „Field et al. (1996), NICHD (1999) und Wolke et al. (2001) stellten fest, dass Kinder von Müttern, deren psychische Erkrankung über sechs Monate lang anhielt, eine weitaus schlechtere Prognose hatten als Kinder von Müttern mit früh remittiertem oder erfolgreich behandeltem Krankheitsbild; die Kinder der untersuchten chronisch depressiven Müttern schnitten auch noch im Schulalter schlechter in kognitiven Tests ab, zeigten vermehrt abwesendes, scheues und empathisches Sozialverhalten, waren verhaltensauffällig und aggressiv gegenüber anderen Kindern; bei remittierter mütterlicher Depression

im ersten Lebensjahr waren hingegen nach 8,5 Jahren keine kognitiven Defizite nachweisbar“ (Dohmen, 2007, S.71f.).

Sämtliche Studien der Interaktionsforschung belegen, dass sich die Depression der Mutter, mit ihrer Hilflosigkeit, dem Rückzugsverhalten, den Schuldgefühlen, der Angst, der Antriebslosigkeit, ihrer verminderten Konzentration, ihrer Reizbarkeit etc. negativ auf die emotionale Entwicklung des Kindes auswirken. Der Säugling erlernt früh ein depressives Interaktionsmuster durch die wiederholte Interaktionserfahrung mit der depressiven Mutter. Es zeigen sich sogar Veränderungen der Gehirnstromaktivität über dem rechten Frontallappen und erhöhte Stresshormone – Veränderungen, die sich auch bei chronisch depressiven Erwachsenen finden lassen. Schon im Kinder- und Jugendalter zeigen Kinder depressiver Mütter eine deutlich höhere Rate an psychischen Auffälligkeiten (vgl. Wimmer-Puchinger, 2006, S.28).

I.4 Themen bei der postpartalen Depression

Eine postpartale Depression kann nicht depressionsstandardmäßig behandelt werden, da einige Themen eine Rolle spielen, die im Standardfall nicht vorkommen. An kognitiven Symptomen werden Ängste der betroffenen Frau beschrieben, als Mutter zu versagen. Nicht nur die eigene Person, sondern auch das Kind wird negativ wahrgenommen. Es treten häufig in der Interaktion dysfunktionale Gedanken auf. Bspw. kann es vorkommen, dass das Kind seinen Blick abwendet und die Mutter dabei vermutet, dass ihr Kind sie nicht liebt. „Spezifische Themen der Mutterschaft sind nach Stern (1998): (1) Das Thema des Lebens und Wachstums. ... (2) Das Thema der primären Bezogenheit ... (3) Das Thema der unterstützenden Matrix ... (4) Das Thema der Reorganisation der Identität“ (Reck, 2007, S.330f.). Beim ersten Thema handelt es sich um die zentrale Frage, ob die Mutter das Baby am Leben erhalten kann, trotz ihrer Unzulänglichkeit. Das Thema der primären Bezogenheit der Mutter bezieht sich auf die soziale und emotionale Kompetenz. Liebt die Mutter ihr Kind, erkennt sie die Bedürfnisse des Kindes und reagiert sie angemessen darauf? Kann das Baby eine sichere Bindung aufbauen? Das dritte Thema der unterstützenden Matrix umfasst das Bedürfnis der Mutter, ein unterstützendes Netzwerk aufzubauen. An

dieser Stelle nimmt die Beziehung zur eigenen Mutter einen wichtigen Stellenwert ein. In diesem Bereich zeigen sich in der klinischen Arbeit mit depressiven Müttern häufig Probleme. Betroffene Frauen berichten z.B. vom Abbruch der Beziehung zur eigenen Mutter aufgrund familiärer Konflikte, von der erlebten emotionalen Nichtverfügbarkeit der eigenen Mutter aufgrund deren eigener psychischer Erkrankung und sogar vom Verlust der eigenen Mutter durch Suizid (vgl. Reck, 2007, S.331). Das letzte Thema meint die Transformation der Selbstidentität der Mutter, so bspw. von der Tochter zur Mutter oder einhergehende berufliche Veränderungen. Unbewältigte psychische Konflikte aus der Kindheit und Jugendzeit werden mitunter reaktualisiert, da aufgrund der hohen psychischen und physischen Anforderungen bisherige Bewältigungsstrategien und Abwehrmechanismen nicht mehr zum Erfolg führen (vgl. Reck, 2007, S.331).

I.5 Der integrative Behandlungsansatz in Heidelberg

Aufgrund der komplexen Zusammenhänge entwickelte die Heidelberger Psychiatrische Klinik einen integrativen psychotherapeutischen Ansatz, mit Fokussierung der Mutter-Kind-Beziehung. Seit 2001 gibt es dieses Kooperationsprojekt zwischen der Klinik für Allgemeine Psychiatrie und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Das Angebot geht über ein 'Rooming-In' - Angebot hinaus, denn Themen zur Mutterschaft und der Mutter-Kind-Beziehung sind wesentlicher Bestandteil der Therapie. Es gibt Therapiemöglichkeiten im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich. Damit entstand eine spezifische Behandlungsmöglichkeit der postpartalen Depression im komplexen Sinne. So kann die Mutter-Kind-Interaktion positiv beeinflusst und den möglichen Entwicklungsstörungen der Säuglinge präventiv begegnet werden. Neben einzeltherapeutischer Arbeit mit der Mutter und dyadischer Arbeit mit Mutter und Kind gibt es eine verhaltenstherapeutisch orientierte Müttergruppe und eine Babymassage-Therapiegruppe. Nahe Bezugspersonen werden in die Therapie zu wesentlichen Anteilen integriert (vgl. Reck, 2007, S.332). Voraussetzung für die differenzierte Behandlung ist eine sorgfältige Diagnostik.

I.5.1 Fallbeispiel aus der Universitätsklinik Heidelberg

„Frau M. kommt in Begleitung ihrer sechs Wochen alten Tochter Paula zur Aufnahme in die Mutter-Kind-Einheit der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg. Sie berichtet seit der Geburt ihrer dritten Tochter über eine deutliche Stimmungsverschlechterung, Erschöpfungszustände, depressive Einbrüche, Angstzustände. Suizidgedanken seien während der Schwangerschaft aufgetreten. Aktuell bestehe keine Suizidalität. Die Schwangerschaft sei ungewollt gewesen und sie fühle sich durch die drei Kinder überfordert. Zu Hause weine sie viel und leide darüber hinaus unter 'Gefühlen der Gefühllosigkeit'. Seit der Geburt sieht sie sich in ihrer häuslichen Situation überfordert. Frau M. befindet sich seit 1,5 Jahren in einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung. Aufgrund der im Zusammenhang mit der Geburt ihrer Tochter aufgetretenen hohen Belastung erschien eine stationäre Behandlung der depressiven Symptomatik notwendig. Die erste depressive Phase sei vor acht Jahren nach der Geburt ihrer ersten Tochter aufgetreten, die zweite depressive Phase vor ca. drei Jahren nach der Geburt ihrer zweiten Tochter. Sie habe sich daraufhin sowohl in psychiatrische als auch (1,5 Jahre) in eine psychotherapeutische Behandlung begeben. Im Alter von 13 Jahren hatte die Patientin einen Suizidversuch mit Tabletten unternommen“ (Reck, 2007, S. 332f.).

I.5.1.1 Psychotherapeutische Hilfe für die Mutter

Nach der stationären Aufnahme verbesserte sich die depressive Symptomatik durch die Entlastung innerhalb von zwei Wochen. Frau M. nahm am fachtherapeutischen Behandlungsprogramm teil. In einer kognitiv-orientierten verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie bekam sie Informationen über das Krankheitsbild und den Verlauf der Störung und erarbeitete sich verhaltensorientierte, kognitive und aktivierende Strategien zur Bewältigung der Krise. Danach kam es zu einer Krise mit Panikattacke, Heimweh und Gefühlen der Überforderung (vgl. Reck, 2007, S.333). „In den Einzelgesprächen stand die Verarbeitung der ungewollten Schwangerschaft und der damit assoziierten Gefühle des eigenen Ungewolltseins. Das Verstehen und emotionale

Durcharbeiten ihrer eigenen reaktualisierten Gefühle des Ungewolltseins, ausgelöst durch die ungewollte Schwangerschaft, ermöglichte zum einen die Entdramatisierung des Erlebens hinsichtlich ihrer aktuellen Lebenssituation sowie eine Verbesserung ihrer Fähigkeit, weniger hohe Ansprüche an sich zu stellen und sich selbst in einer mehr fürsorglichen 'mütterlichen' Weise zuzuwenden. Zum Ende der Behandlung entwickelte die Patientin zunehmend Perspektiven für eigene von den Kindern unabhängige Lebensbereiche, was sich z.B. in dem Schaffen eines Freiraumes für die Wiederaufnahme ihres Hobbys (Malen) zeigte. ... Nach einer ca. neunwöchigen Behandlungsphase wurde Frau M. in deutlich gebessertem Zustand mit der Empfehlung ihre ambulante Psychotherapie fortzusetzen nach Hause entlassen“ (Reck, 2007, S.333).

1.5.1.2 Mutter-Kind-Therapie

Grundsätzlich erlebte Frau M. die Beziehung zu ihrer neugeborenen Tochter Paula als positiv. „Auffällig war ihr Bestreben in der Beziehung zu ihren Kindern eine perfekte Mutter sein zu wollen. Die von einem hohen Druck geprägte Haltung wurde sichtbar in einer Anspannung der Mutter und einer damit einhergehenden leicht eingeschränkten Sensitivität in der Mutter-Kind-Interaktion. Im Rahmen der Babymassagegruppe gelang es ihr sich in einem geschützten und strukturierten Setting in der Interaktion mit ihrer Tochter zunehmend zu entspannen und den Kontakt zu ihrer Tochter mit weniger innerem Druck zu genießen. Anhand einer videounterstützten Rückspiegelung ihrer realen interaktionellen Kompetenzen konnte ebenfalls eine Verbesserung des mütterlichen Selbstvertrauens sowie eine Steigerung ihrer Entspannung ('ich muss keine zu jeder Zeit perfekte Mutter sein') und damit auch ihrer Sensitivität im Umgang mit ihrer jüngeren Tochter erreicht werden“ (Reck, 2007, S.334). Im Laufe der Therapie konnte sie sich sogar darauf einlassen, sich im häuslichen Umfeld Entlastung zu verschaffen, durch das Annehmen einer Haushaltshilfe (vgl. Reck, 2007, S.34).

I.6 Welche Hilfe brauchen Mutter und Kind bei einer postpartalen Depression?

Da die postpartale Depression in einer spezifischen Lebenssituation auftritt und sich in den meisten Fällen ungünstig auf die Mutter-Kind-Interaktion auswirkt, ist es wichtig, dass sowohl Mutter, als auch Kind in dieser Not wahrgenommen und behandelt werden. Ein frühzeitiges Diagnostizieren einer postpartalen Depression ist sehr günstig, um eine entsprechende Therapie zu indizieren. Postpartal psychisch erkrankte Frauen benötigen grundsätzlich therapeutische Maßnahmen, aufgrund der verheerenden Folgen für das mit betroffene Kind und bzgl. des Risikos der Chronifizierung und des Suizids bzw. Infantizids. Bei der Behandlung der postpartal betroffenen Mütter erhält die Aufklärung über die Erkrankung einen sehr hohen Stellenwert, um sie von bestehenden Schuldgefühlen zu entlasten. Um Ruhe und Entlastung der Mutter sicher zu stellen, sollte die Familie über Hilfeangebote beraten werden. Von großer Bedeutung sollte bei jeder Therapieform die Etablierung einer guten Mutter-Kind-Beziehung sein, die gefördert werden kann durch entspannte Mutter-Kind-Kontakte, durch zeitweilige Entlastung von der Säuglingspflege, durch praktische Anleitung und Hilfe, aber auch durch Mutter-Kind-Spieltherapie oder Babymassage. Eine längerfristige Trennung von Mutter und Kind sollte möglichst vermieden werden. Bei schweren postpartalen Depressionen ist eine stationäre Therapie meist unumgänglich, v.a. wenn die Gefahr eines Suizids besteht. Da eine Trennung vom Kind den Aufbau einer guten Mutter-Kind-Beziehung erschwert und weitere Schuldgefühle der Mutter entstehen, gibt es inzwischen an vielen Kliniken Mutter-Kind-Stationen, auf denen die Kinder mit den Müttern aufgenommen und behandelt werden (vgl. Riecher-Rössler, 2006, S.16ff.). Grundsätzlich gibt es eine ganze Reihe an möglichen und wirksamen Therapieformen.

I.6.1 Psychopharmakatherapie

„Der Begriff 'Psychopharmaka' bezeichnet alle Medikamente, die eine Wirkung auf psychische Symptome haben. Hierzu zählen Antidepressiva (Mittel gegen Depressionen), Antipsychotika (gegen Psychosen), Tranquilizer

(Beruhigungsmittel), Hypnotika (Schlafmittel) und Affektstabilisatoren bzw. Phasenprophylaktika (zur Stimmungsstabilisierung bei länger andauernden Erkrankungen)“ (Lohse, 2008, S.91).

Im stationären Setting wird u.a. sehr häufig eine Psychopharmakatherapie eingesetzt, neben anderen therapeutischen Maßnahmen. Es gibt in Deutschland kein einziges Psychopharmaka, das laut Gebrauchsanleitungen der Arzneimittelhersteller während der Stillzeit zugelassen ist. Trotzdem können Ärzte stillenden Frauen durch ihre Therapiefreiheit, Medikamente verschreiben. Aus verschiedenen psychologischen und biologischen Gründen ist das Stillen sehr wichtig und fördert die emotionale Mutter-Kind-Beziehung. Deshalb ist es sehr wichtig, genau zu untersuchen, ob eine Psychopharmakatherapie notwendig ist oder ob andere therapeutische Maßnahmen ausreichen, da sämtliche Psychopharmaka in die Muttermilch übergehen (vgl. Dohmen, 2007, S.76f.). Ist eine Psychopharmakatherapie notwendig, muss geprüft werden, ob die stillende Mutter abstillt oder ob sie trotz Stillens Medikamente einnimmt. „Mittlerweile gibt es verschiedene Untersuchungen, welche Wirkstoffe in wie hoher Konzentration in die Muttermilch übergehen und ob dabei der gestillte Säugling Schaden nehmen kann. Bei den einzelnen Substanzgruppen gibt es starke Variationen bezüglich der Toxizität und es gibt einige Präparate, die weitestgehend gefahrlos für ein gesundes, gestilltes Kind sind“ (Dohmen, 2007, S.77). Insgesamt sollte damit sehr sensibel und verantwortlich umgegangen werden. Wenn eine Psychopharmakatherapie unumgänglich ist, wirkt sich diese meist positiv auf die Mutter-Kind-Beziehung aus, da sie sehr wirkungsvoll ist und häufig erst einen normaleren Umgang zwischen Mutter und Kind ermöglicht, sodass die negativen Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung verringert werden (vgl. Dohmen, 2007, S.78).

I.6.2 Psychotherapie

Sowohl bei der leichten, als auch bei der schweren postpartalen Depression ist eine Psychotherapie sehr wichtig und sollte schnell begonnen werden, um eine Verschlimmerung bzw. Chronifizierung zu vermeiden. „Anfangs sollte die Psychotherapie supportiv sein, eine beratende Funktion haben und der

erkrankten Frau und ihrer Familie klarmachen, dass die besondere Situation für die Frau ein hohes Maß an Ruhe erfordert. Wichtig ist es auch, mit der Frau Bewältigungsstrategien für den Umgang mit ihrer psychischen Erkrankung und ihrer Rolle als Mutter zu besprechen und einzuüben“ (Dohmen, 2007, S.80). Erst im Anschluss daran muss geschaut werden, welche Art der Psychotherapie zur entsprechenden Mutter und ihrem Krankheitsbild passt. Hier gibt es eine Vielfalt an Möglichkeiten, so z.B. die Analytische Psychotherapie, die Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie, die Klientenzentrierte Gesprächstherapie, die Verhaltenstherapie und die Gruppentherapie. Im Rahmen einer tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie „können die vielfältigen Konflikte, die oft durch das Mutterwerden aktualisiert werden, bearbeitet werden“ (Riecher-Rössler, 2006, S.16). Es gibt auch erfolgreiche Konzepte aus der kognitiven Verhaltenstherapie, durch Gruppenangebote für betroffene Mütter, die u.a. Themen wie Stressbewältigung, Entspannung, Hilfesuchen, Beziehung zum Kind, Paarbeziehung und Elternrolle bearbeiten. Vordergründig zielen sämtliche psychotherapeutische Möglichkeiten auf die Beseitigung der Erkrankung der Mutter ab, die sich natürlich gleichzeitig positiv auf die Entwicklung des Kindes auswirkt. Da die Gesundung der Mutter allerdings auch mehrere Monate dauern kann, besteht die Gefahr, dass sich schwere Störungen in der Mutter-Kind-Interaktion manifestiert haben. Dann genügt eine Psychotherapie der Mutter normalerweise nicht, sondern es sollte zusätzlich eine Mutter-Kind-Therapie erfolgen (vgl. Dohmen, 2007, S.83).

1.6.2.1 Schwerpunkte der Behandlung aus psychotherapeutischer Sicht

Wenn man sich mit dem Störungsbild der postpartalen Depression aus psychotherapeutischer Sicht auseinandersetzt, ist es hilfreich, sich zu Beginn zu vergegenwärtigen, was eigentlich Schwangerschaft, Geburt und Muttersein für eine Frau, ein Paar, aber auch in unserer Gesellschaft bedeuten (vgl. Fiegl, 2006, S.95). Psychotherapeutische Hilfe muss gegenwartsbezogen sein, die aktuelle Lebensphase im Zentrum betrachtend. Vor allem emotionale Haltgebung, aber auch die Anregung praktischer Ressourcen zu suchen und zu

nutzen. Es ist eine Krisensituation. Neben der therapeutischen Präsenz ist es wichtig, relevante Themen anzusprechen, Zusammenhänge zu erklären, Halt zu geben, einfühlsame Anregungen mitzuteilen und eine zuverlässige Beziehung anzubieten. Grundsätzlich kommt es darauf an, dass die betroffene Mutter Raum bekommt, auch aggressive Gefühle (dem Kind gegenüber) ansprechen zu dürfen, ihre mangelnde Zuneigung und die großen Schuldgefühle eingestehen zu dürfen und sich dadurch zu entlasten. Große Aufmerksamkeit ist Anzeichen zu schenken, die darauf schließen lassen, sich oder dem Kind etwas anzutun. Mit der Zeit sollten es Patienten im Therapieprozess lernen, sich eine Tagesstruktur zu schaffen, mit kleinen erreichbaren Zielen in bestimmten Zeiträumen. Häufig besteht ein übersteigertes Mutter-Idealbild, welches es zu hinterfragen gilt. Der Bezug zwischen Ideal und Realität sollte dabei hergestellt werden. Da die Situation eine Krise für die gesamte Familie darstellt, muss das unmittelbare Umfeld, z.B. der Partner, in die psychotherapeutische Hilfe mit einbezogen werden. Wichtige Kernthemen in der Arbeit sind Exploration in Bezug auf die Schwangerschaft und Geburt, Individuelle Faktoren, paardynamische Faktoren und Soziale Faktoren (vgl. Fiegl, 2006, S.103f.).

I.6.3 Mutter-Kind-Therapie

Eine Mutter-Kind-Therapie ist äußerst wichtig, da es durch die postpartalen psychischen Erkrankungen oft zu Interaktionsstörungen zwischen Mutter und Kind kommt, die oft nach der separaten Behandlung der Mutter fortbestehen. „Das Konzept der Mutter-Kind-Therapie bei psychisch erkrankten Müttern und ihren Kindern ist meist integrativ, beruht also auf verhaltensorientierten und auch auf psychodynamischen Methoden. ... Integrative Mutter-Kind-Therapien, bei denen neben Bindungsrepräsentanzen der Mutter auch ihre konkreten Interaktionen mit dem Kind verändert wurden, zeigten eine besonders positive und lang anhaltende Wirkung (vgl. Van Ijzendoorn, M., Bakermans, M.J. 1997, S. 135ff.). Bei der Mutter-Kind-Therapie sind Videoaufzeichnungen und videogestützte Verhaltensanalysen ein wichtiger Bestandteil, um das Verhalten von Mutter und Kind zu beobachten und dysfunktionale Interaktionsmuster zu erkennen“ (Dohmen, 2007, S.84). Bei der Mutter-Kind-Therapie steht die Mutter-

Kind-Beziehung im Zentrum. Field (1997) wies nach, dass dabei die Feinfühligkeit der Mutter gestärkt wird, die Mutter-Kind-Interaktion positiv beeinflusst wird und dass sich früh kindliche Verhaltensauffälligkeiten zum Positiven entwickeln (vgl. Reck et al. 2001, S.180 in: Dohmen, 2007, S.85). „Eine gelungene Affektregulierung führt zur emotionalen Sicherheit und Zufriedenheit der Mutter im Umgang mit ihrem Kind und fördert die Entstehung einer sicheren Mutter-Kind-Beziehung“ (Dohmen, 2007, S.85).

I.6.4 Multimodale Therapie

Grundsätzlich führt jede beschriebene Therapieform zur Besserung der Symptomatik, aber die optimale Therapie bei postpartalen psychischen Erkrankungen ist eine multimodale Therapie, die sich aus unterschiedlichen Therapien zusammen setzt. Je nach Möglichkeiten der Hilfeangebote und Ausprägung der Erkrankung kann eine solche kombinierte Therapie ambulant, teilstationär oder stationär stattfinden.

I.6.4.1 Ambulantes Setting

Bei leichtem bis mittlerem Störungsbild der postpartalen Depression können im ambulanten Setting Psychotherapie, Mutter-Kind-Therapie und Psychopharmakotherapie kombiniert werden. Bei der ambulanten Therapie kann die Mutter ihr soziales Umfeld und soziale Kontakte aufrecht erhalten und sie wird nicht von ihrem Baby und von älteren Kindern getrennt. Nachteilig sind häufig Versorgungslücken im ländlichen Raum (vgl. Dohmen, 2007, S.86).

I.6.4.2 Teilstationäres Setting

Im teilstationären Setting kann die erkrankte Frau tagsüber in der psychiatrischen Klinik sein und abends zu Hause im gewohnten Umfeld, mit den Vorteilen des ambulanten Settings, zusätzlich die gesamte Ausbeute der psychiatrischen Therapien, ohne stationäre Aufnahme. „Allerdings ist in Deutschland die Möglichkeit der teilstationären Therapie für postpartal psychisch erkrankte Frauen nur vereinzelt vorhanden (vgl. Riecher-Rössler, A. 2001, S.31)“ (Dohmen, 2007, S.86).

I.6.4.3 Stationäres Setting

Bei schwerer Ausprägung der postpartalen Depression ist eine stationäre Aufnahme nicht zu vermeiden, da die Gefahr eines Suizids bzw. Infantizids vorhanden ist. Häufig ist mit diesem Setting in Deutschland eine Trennung von Mutter und Kind verbunden, da sich erst allmählich Mutter-Kind-Stationen durchsetzen, was wiederum sehr unvorteilhaft für die Mutter-Kind-Beziehung ist (vgl. Dohmen, 2007, S.87).

I.6.4.4 Mutter-Kind-Einheiten

Mutter-Kind-Einheiten sind in Deutschland erst allmählich im Aufbau. Die Marcé-Gesellschaft veröffentlicht aktuelle Listen mit Kliniken, die Mütter und Kinder gemeinsam behandeln, die allerdings noch ziemlich überschaubar sind. Es gibt zwei Arten von Mutter-Kind-Einheiten, „zum einen gibt es die so genannten 'Anhängsel-Einheiten', die in eine allgemeine Akutstation integriert sind, zum anderen spezialisierte Einheiten; dies sind Mutter-Kind-Stationen, die nur Mütter zusammen mit ihren Kindern aufnehmen. Letztere sind im deutschsprachigen Raum nicht sehr verbreitet. Ein Grund hierfür ist sicher, dass die Bundespflegesatzverordnung lediglich die Mutter als Patientin anerkennt und die Kosten für eine spezialisierte Mutter-Kind-Station sich auf das 1,5 bis 2fache des normalen Pflegesatzes pro Mutter-Kind-Paar belaufen (vgl. Brockington, I.M. 2001, S.74; Hartmann, H.P. 1997, S.56ff.)“ (Dohmen, 2007, S.88).

I.7 Die Situation in Sachsen

Nach Aussagen des Statistischen Bundesamtes des Freistaates Sachsen werden nur relativ wenige Frauen stationär behandelt. Es bleibt anzunehmen, dass entweder ein Großteil der Erkrankungen ambulant behandelt werden oder dass viele betroffene Frauen unerkannt bleiben.

Die amtliche Statistik erfasst nur diejenigen, die stationär behandelt wurden. Die folgende Tabelle zeigt, wie viele Frauen in den Jahren 2005 bis 2009 aufgrund der Diagnose ICD-10, F 53 stationär in Sachsen behandelt wurden und wie alt sie jeweils waren. Obwohl F 53 ein Sammelbegriff für „Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett“ (Dilling, H., Freyberger, H.J.(Hg.), 2006,

S.211) ist, wurden insgesamt nur 17-30 Fälle pro Jahr, in den Jahren 2005-2009 statistisch erfasst. Die Tendenz zeigt eine deutliche Steigerung, doch die Gesamtzahl ist trotzdem gering. In Gesamtdeutschland wurden 2009 340 Patientinnen unter der Hauptdiagnose F 53 behandelt (vgl. Statistisches Bundesamt, 2011, S.28). Diese Tatsache lässt darauf schließen, dass immer noch sehr viele Frauen nicht erkennen, dass sie an einer postpartalen Depression erkrankt sind, keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen oder auch ambulant versorgt werden.

**In Krankenhäusern stationär behandelte Patientinnen (einschließlich Stunden- und Sterbefälle)
2005 - 2009, nach Alter und ausgewählten Diagnosen
(Patientenwohnort: Sachsen) - Fallzahl**

Berichtsjahr	ICD-10 ¹⁾	Im Alter von ... bis unter ... Jahren behandelte Fälle						
		Insgesamt	unter 20	20_25	25_30	30_35	35_40	40 und älter
2005	F53	17	1	3	7	6	-	-
2006		25	-	2	7	12	3	1
2007		28	-	7	8	5	6	2
2008		23	1	9	5	4	4	-
2009		30	3	7	10	7	2	1

(Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, o.J.)

I.8 Schlussfolgerung

Obwohl eine unbehandelte postpartale Depression schwere Langzeitfolgen für Mutter, Kind und Familie haben kann, wird in der Literatur immer wieder festgestellt, dass viele betroffene Frauen keine professionelle Hilfe suchen, obwohl die postpartale Depression grundsätzlich gut behandelbar ist. Einerseits werden die Symptome als normale Erschöpfungsreaktion auf die Geburt und Pflege des Kindes wahrgenommen und andererseits führen einige Symptome (z.B. Gefühllosigkeit dem Kind gegenüber) zu großen Scham- und Schuldgefühlen der Mutter. Die betroffene Frau hat Angst, eine schlechte Mutter zu sein und traut sich nicht, mit jemandem darüber zu sprechen. Aufklärung über die Erkrankung ist extrem wichtig, auch zur Entlastung von Schuldgefühlen. Eine gezielte Informationsvermittlung von Hebammen, Gynäkologen, geburtshilflichen Stationen und anderen ist dringend notwendig, um Offenheit für das Thema herzustellen, eine frühzeitige Diagnostik zu ermöglichen und zeitnahe

therapeutische Interventionen einleiten zu können (vgl. Oddo, S., Klinger, D., Würzburg, J. ..., 2008, S.17). Die therapeutischen Interventionen sollten eingebettet sein in ein breit angelegtes ambulantes und gemeindenahes Angebot. „Eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Kinderpsychiater, Hebamme, Pädiater, Gynäkologe, Hausarzt etc. ist dabei unbedingt anzustreben“ (Riecher-Rössler, 2006, S.18). Voraussetzung dafür ist natürlich, dass spezialisierte Hilfeangebote im ambulanten, stationären oder teilstationären Bereich in der Nähe des Wohnortes der Betroffenen vorhanden sind und dass grundsätzlich eine Akzeptanz über die Definition bzw. die diagnostische Differenzierung angestrebt wird.

II. Bestandsaufnahme und Analyse der Hilfeangebote in Leipzig und Umgebung

In den Ausführungen unter I. wird deutlich, dass in der Literatur inzwischen vieles zur postpartalen Depression bekannt ist. Es stellt sich jedoch die Frage, inwiefern das Thema auch der gesellschaftlichen Öffentlichkeit zugänglich gemacht wird, inwiefern betroffene Mütter in Ihrer Not erkannt werden und Ihnen entsprechende Hilfe zuteil wird, um die theoretisch gewonnenen Erkenntnisse in der Praxis zu prüfen. Wenn von einer allgemeinen Prozentzahl von 10-15% aller Gebärenden ausgegangen wird, die von postpartaler Depression unterschiedlichen Grades betroffen sind, ist es in erster Linie sehr wichtig, dass sich bedeutende Bezugspersonen (in der Helfelandschaft) gut mit postpartalen psychischen Erkrankungen auskennen, die Krankheit und Gefahrenpunkte frühzeitig erkennen, um eine Verschlechterung zu verhindern und entsprechende Hilfeangebote zu initiieren.

Um die aktuelle Situation in Leipzig und Umgebung zu eruieren, führte ich eine explorative Studie stellvertretend unter den Hebammen, als bedeutende Bezugspersonen der Mütter, durch, die ich im folgenden beleuchten und auswerten möchte. Weiterhin recherchierte ich in der Region Leipzig und Umgebung Hilfeangebote für Mütter mit Kindern, da das Thema Mutter-Kind-Interaktion so wichtig ist bei einer postpartalen Depression. Ich führte in vier Kliniken Experteninterviews durch (siehe Anhang), um eine Bestandsaufnahme der Hilfeangebote zu machen und diese zu analysieren.

II.1 Die Rolle der Hebammen in Bezug auf die Früherkennung der postpartalen Depression

Da Hebammen Mütter gewöhnlich über einen längeren Zeitraum hinweg begleiten (Geburtsvorbereitung bis hin zur Rückbildungsgymnastik), sind sie bei dem Thema der postpartalen Depression bedeutende Schlüsselbezugspersonen. Ihnen obliegt eine nicht zu unterschätzende Chance, die postpartale Depression zu erkennen, geeignete Hilfen zu empfehlen und so einer Manifestierung entgegen zu wirken. Das setzt natürlich voraus, dass sie sich selbst gut mit postpartalen psychischen Erkrankungen auskennen. Schon in der

Geburtsvorbereitung gibt es Themen, die angesprochen werden können, so z.B. Erwartungen in Bezug auf die Mutterrolle – Rollenkonflikte, Beziehung zum Baby, Ansprüche an das Leben etc.. Wichtig zu betonen ist auch die erste Zeit nach der Geburt – als Schonzeit, in der man sich möglicherweise Hilfe für manche Aufgaben suchen sollte. Sollte bei der Begleitung der Mütter nach der Geburt ein Verdacht auf eine postpartale Depression entstehen, kann ein EPDS-Fragebogen einbezogen werden. Hebammen können Betroffenen vermitteln, dass postpartale Depressionen relativ häufig vorkommen, sie sollten Mütter über professionelle Hilfemöglichkeiten informieren und sie dazu ermutigen (vgl. Grossbichler-Ulrich, 2006, S. 153ff.). „Die Funktion der Hebamme ist oft als 'Schaltstelle' zu verstehen. Sie fungiert als Mittelsfrau zwischen den verschiedenen beteiligten Gruppen. Ihre Aufgabe liegt darin, die Krankheit und etwaige Gefahrenpunkte frühzeitig zu erkennen, um eine Verschlechterung zu verhindern. Sie ist Gesprächspartnerin und Informantin. Ihre Grenzen sollte sie der betreffenden Familie behutsam vermitteln. Die Hebamme sollte sich darüber im Klaren sein, dass sie nicht dazu da ist, das Problem aus der Welt zu schaffen. Sie sollte nicht über Konsequenzen und Möglichkeiten hinaus fungieren. Ihre Verantwortung liegt im Begleiten, Erkennen, Dasein, Zuhören, Informieren, Aufklären und Vermitteln“ (Grossbichler-Ulrich, 2006, S. 157).

II.1.1 Explorative Stichprobe unter den Hebammen in Leipzig und Umgebung

Da das Gebiet Leipzig und Umgebung ziemlich groß ist, grenzte ich es örtlich ein auf die Stadt Leipzig und den Landkreis Leipzig. Um eine explorative Studie zur aktuellen Situation diesbezüglich in diesem Gebiet durchführen zu können, ermittelte ich Mitte September 2011 über drei verschiedene Suchmaschinen (www.hebammensuche.de, www.gelbeseiten.de, www.yasni.de) die Menge der Hebammen, mit dem Kriterium, sowohl Geburtsvorbereitungskurse, als auch Rückbildungsgymnastik anzubieten und durchzuführen. Leider gibt es keine aktuelle Hebammenliste. Vom Sächsischen Hebammenverband erfuhr ich: „Es gibt keine validen Daten dazu. Sie könnten den Versuch unternehmen, mit der Leipziger Hebammenliste auszuzählen, aber es wird immer zu Durchmischungen

und extremen Ungenauigkeiten kommen“ (Email von Grit Kretschmar-Zimmer, am 10.09.2011). Über o.g. Suchmaschinen fand ich in Leipzig zu dem genannten Zeitpunkt 80 Hebammen und im Landkreis Leipzig 42 Hebammen. 50% der darüber ermittelten Hebammen wählte ich zufällig aus und schrieb sie mit einem Anschreiben (siehe Anhang), einem anonymen Fragebogen (siehe Anhang) und einem Rückantwortkuvert an und bat sie, diesen Fragebogen zeitnah anonym zu beantworten und zurück zu schicken. Um das städtische Gebiet Leipzig, vom ländlichen Gebiet Landkreis Leipzig unterscheiden zu können, wählte ich zwei verschiedene Farben für den gleichen Fragebogen. Inhaltlich zielte der Fragebogen auf eine aktuelle regionale Momentaufnahme ab, inwiefern sich Hebammen mit postpartalen psychischen Erkrankungen auskennen, v.a. bzgl. der postpartalen Depression, ob Aufklärung im Rahmen der Geburtsvorbereitung stattfindet, wie sich die Hebammen in der regionalen Helfelandschaft auskennen und welche Hilfeangebote es überhaupt in der örtlichen Nähe gibt. Den Fragebogen testete ich im Vorfeld der Befragung an einer Hebamme, auf Verständlichkeit und Klarheit.

II.1.2 Auswertung der explorativen Stichprobe in Leipzig und im Landkreis Leipzig

Die Gesamtauswertung der Hebammenbefragung ist mit graphischen Darstellungen im Anhang unter 3. (S.IV-IX) zu finden.

II.1.2.1 Auswertung der Gesamtbefragung

Von den 61 versendeten Briefen wurden insgesamt 9 Briefe ungeöffnet zurückgeschickt, mit dem Vermerk 'Empfänger unbekannt' (14,8%), 36 Hebammen beantworteten die anonyme Befragung (59%) und 16 Hebammen reagierten nicht darauf (26,2%). In der folgenden Auswertung handelt es sich um die Verarbeitung der Daten der Hebammen (59%), die die Befragung anonym beantworteten.

44,4% dieser befragten Hebammen kennen sich mit postpartalen psychischen Erkrankungen aus, die Mehrheit dagegen, nämlich 55,6% der Befragten, beschreiben ihre Kenntnisse auf diesem Gebiet mit 'teilweise'. Die Transparenz in

Bezug auf Fortbildungen zu diesem Themenkomplex scheint in der Region sehr unterschiedlich wahrgenommen zu werden: 44,44% kennen diesbezügliche Fortbildungsangebote, 8,33% kennen keine und 47,22% der Hebammen ist nichts darüber bekannt. 38,9% der befragten Hebammen haben sich auf dem Gebiet der 'postpartalen Depression' bereits fortgebildet, 58,3% nicht, 2,8% äußerten sich nicht dazu. In Bezug auf die Aufklärung der Mütter über mögliche postpartale psychische Erkrankungen in den Vorsorgeterminen stimmen 63,9% dem zu, dies zu tun. 30,6% klären teilweise auf und 5,5% äußerten sich nicht dazu. Das Auftreten der postpartalen Depression wird unterschiedlich eingeschätzt: 33,33% der befragten Hebammen schätzen das Auftreten des Störungsbildes mit <5% aller Gebärenden ein, 27,8% vermuten eine Häufigkeit von 5-10%, 30,5% schätzen die Höhe der betroffenen Mütter bei 10-15% ein, 5,5% vermuten >5,5%, 2,8% machten keine Angaben dazu. Als Anzeichen einer postpartalen Depression bekommen die ambivalenten Gefühle dem Kind gegenüber in der Befragung den größten Stellenwert, mit 83,3%, die Suizidgedanken und die Reizbarkeit hingegen am wenigsten, mit jeweils 38,9%, dazwischen folgende: Traurigkeit 69,4%, inneres Leeregefühl 80,5%, Energiemangel 77,8%, Teilnahmslosigkeit 75%, Hoffnungslosigkeit 69,4%, Desinteresse 72,2% und Ängste 80,5%. Bei Verdacht einer postpartalen Depression gaben alle Befragten einheitlich an, Hilfe zu empfehlen. Bei der Art der Hilfe wird in der Praxis die ambulante psychotherapeutische Hilfe am häufigsten mit 80,5% empfohlen, danach die stationäre Hilfe mit 66,7%, ärztliche Hilfe (Hausarzt) mit 36,1% und sonstige mit 13,9%. Etwas mehr als die Hälfte der Hebammen, 52,8%, gaben an, von Angehörigen oder Müttern um Hilfe gebeten zu werden, 41,7% wiederum nicht, 5,5% machten keine Angaben dazu. In Bezug auf die ambulanten Hilfeangebote sind 77,8% der befragten Hebammen Hilfemöglichkeiten bekannt, weiteren 22,2% nicht. Bei den stationären Hilfeangeboten geben 86,1% der Befragten an, Hilfen zu kennen und 13,9% kennen keine.

Durch die explorative Stichprobe unter den Hebammen der Stadt Leipzig und des Landkreises Leipzig werden große Unsicherheiten zu diesem Thema deutlich.

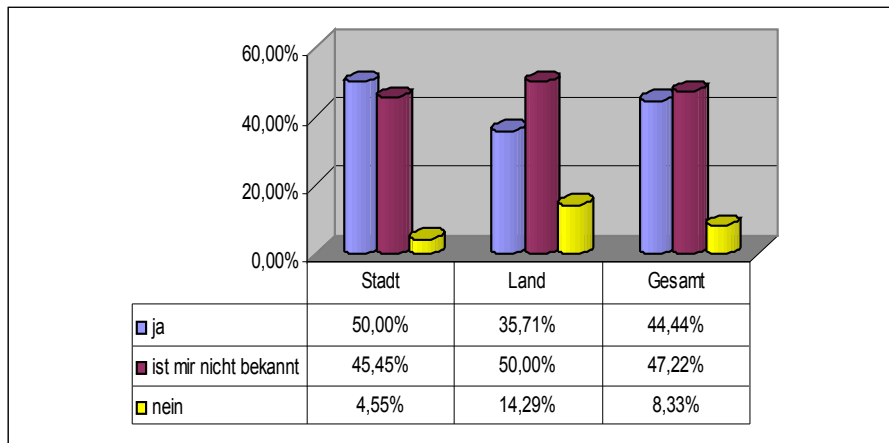
Auf der einen Seite gibt es einen Teil der Hebammen, die knappe Hälfte, die sich mit Themen der postpartalen psychischen Erkrankungen auseinander gesetzt haben. Sie geben an, sich auf diesem Gebiet auszukennen und Fortbildungen besucht zu haben. Knapp 2/3 aller befragten Hebammen bringen ihre Kenntnisse darüber in die Vorsorgetermine aufklärerisch ein. Auf der anderen Seite gibt es mehr als die Hälfte an Hebammen, die angeben, sich nur teilweise mit postpartalen psychischen Erkrankungen auszukennen, denen keine Fortbildungen dazu bekannt sind und sie dementsprechend auch an noch keiner Fortbildung darüber teilgenommen haben. Aufgrund dieser Tatsachen findet bei ca. 1/3 der befragten Hebammen nur teilweise Aufklärungsarbeit in den Geburtsvorbereitungskursen statt. Die Einschätzung der Auftretenshäufigkeit der postpartalen Depression wurde im Allgemeinen eher unterschätzt (bei 61% der Befragten), was auch ein Indiz dafür ist, dass die Thematik in ihrer Wichtigkeit noch nicht ausreichend zu den Schlüsselfiguren durchgedrungen ist. Hilfeangebote sind den befragten Hebammen mehrheitlich bekannt. Es gibt allerdings auch 22,2% an Hebammen, die keine ambulanten Hilfeangebote kennen und 13,9%, die keine stationären Hilfeangebote kennen.

II.1.2.1 Unterschiede zwischen dem ländlichen und dem städtischen Gebiet

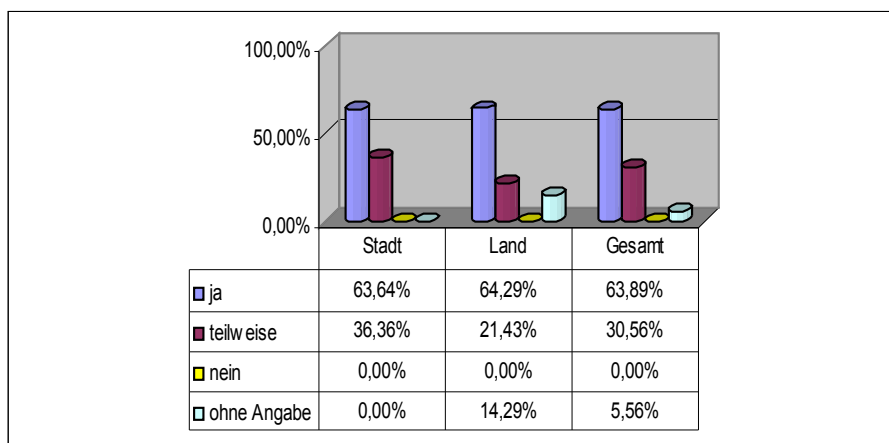
Wenn man die Auswertung der Befragung unter den Hebammen im städtischen und im ländlichen Gebiet vergleicht, gibt es in einigen Punkten interessante Unterschiede. Insgesamt kamen im ländlichen Raum (Landkreis Leipzig) 2 Briefe zurück (9,5%), mit dem Vermerk „Empfänger unbekannt“, im Verhältnis dazu im städtischen Gebiet (Leipzig) 7 Briefe (17,5%). 66,7% der angeschriebenen Hebammen im Landkreis Leipzig beantworteten die anonyme Befragung und 23,8% nicht. In Leipzig antworteten 55% der angeschriebenen Hebammen auf die Befragung und 27,5% nicht.

Zur Frage: „Werden Fortbildungen zum Thema 'postpartale Depression' in der Leipziger Region angeboten?“ antworteten im ländlichen Gebiet (Landkreis Leipzig) bloß 35,71% mit ja, weitere 64,29% mit nein bzw. ist mir nicht bekannt. Im städtischen Gebiet (Leipzig) hingegen halten sich die Antworten der Befragten

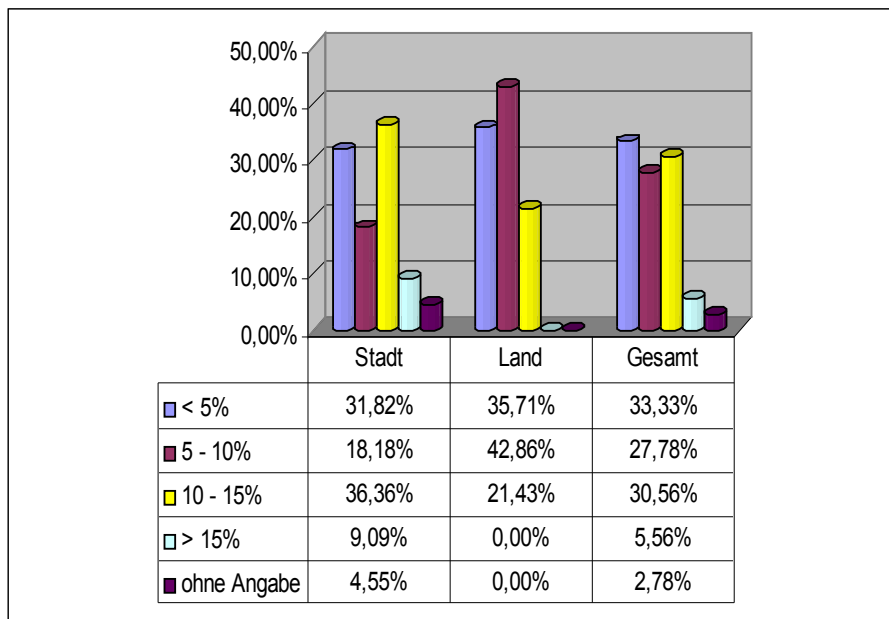
genau die Waage.



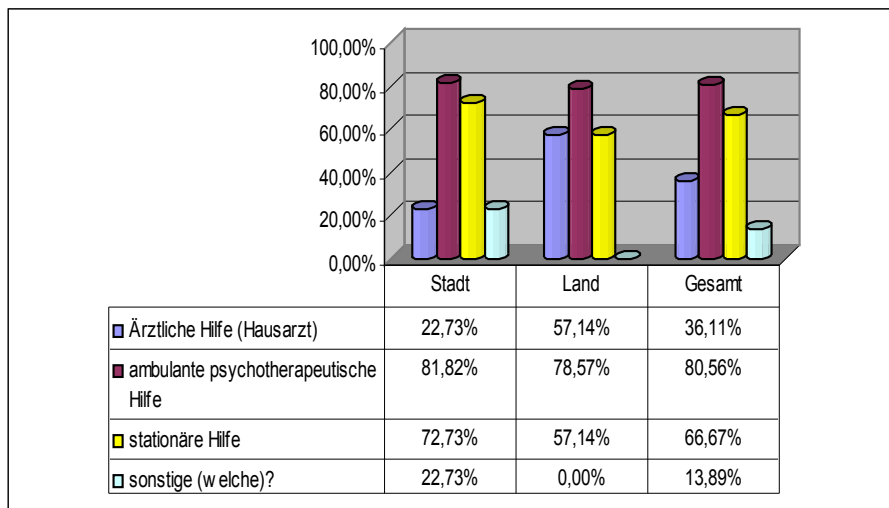
In Bezug auf die Aufklärung in den Vorsorgeterminen über postpartale psychische Erkrankungen geben in beiden Regionen knapp 2/3 der befragten Hebammen an, dies zu integrieren, im ländlichen Raum etwas mehr als 1/5, die es teilweise tun und 14,3%, die sich dazu nicht äußerten. In Leipzig führt das übrige Drittel teilweise Aufklärung durch.



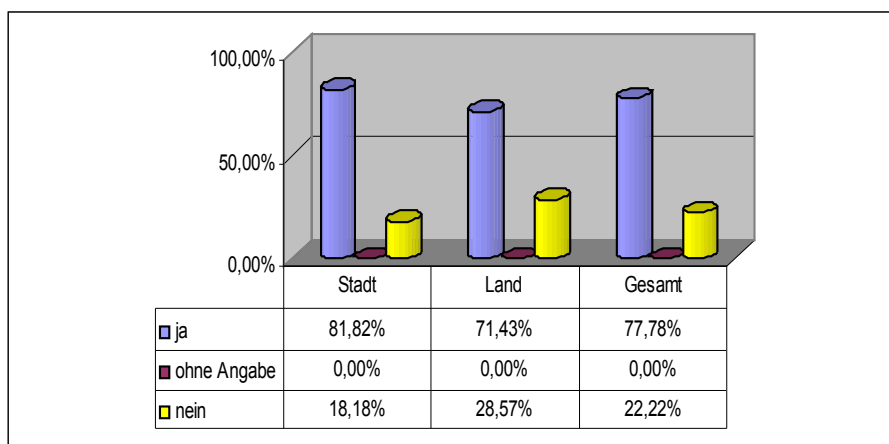
78,6% der befragten Hebammen im Landkreis Leipzig unterschätzen die Häufigkeit des Auftretens einer postpartalen Depression, mit <5-10%, in Leipzig hingegen sind es bloß 50% der befragten Hebammen, die von maximal 10% an betroffenen Müttern mit postpartaler Depression ausgehen.



Treten Anzeichen einer postpartalen Depression auf, werden den Müttern prozentual unterschiedlich gewichtige Hilfen empfohlen. Während die ambulante psychotherapeutische Hilfe in beiden Gebieten den wichtigsten Stellenwert einnimmt, empfehlen 57,1% der ländlichen Hebammen Ärztliche Hilfe (Hausarzt), hingegen bloß 22,7% der städtischen Hebammen. Diese wiederum empfehlen deutlich häufiger stationäre Hilfe (72,7%), als die ländlichen Hebammen (57,1%). Sonstige Hilfen werden in der Stichprobe im Landkreis Leipzig gar nicht empfohlen, dagegen in Leipzig von 22,7% der befragten Hebammen. Vorschläge für sonstige Hilfen sind diesbezüglich von ihnen Psychotherapeutische Heilpraktiker, Homöopathische Behandlungen, Massagen, Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Akupunktur, Sozial psychiatrischer Dienst, Schatten & Licht e.V., Craniosacraltherapie und Bachblütentherapie.



Bei den ambulanten Hilfeangeboten in der Region gibt es im ländlichen Raum 71,4% der befragten Hebammen, die Hilfeangebote kennen und 28,6%, die keine Hilfeangebote kennen. Hingegen im städtischen Raum kennen 81,8% der Befragten ambulante Hilfeangebote und nur 18,2% kennen keine.



Folgende ambulante und stationäre Hilfen wurden von den befragten Hebammen des Landkreises Leipzig genannt:

Ambulante Hilfen	Stationäre Hilfen
psychiatrische Institutsambulanz Altscherbitz (5x)	Krankenhaus in Altscherbitz (7x)
Parkkrankenhaus	Krankenhaus in Zschadraß (3x)

SPZ	Universitätsklinikum Leipzig (2x)
Hubertusburg Wermsdorf	Krankenhaus in Wermsdorf (Hubertusburg)
Zschadraß	Parkkrankenhaus
Soteria Klinik	
AWO	
Caritas	

Die befragten Hebammen aus der Stadt Leipzig gaben folgende ambulante und stationäre Hilfeangebote an:

Ambulante Hilfen	Stationäre Hilfen
Klinik in Altscherbitz (6x)	Klinik in Altscherbitz (15x)
Ambulanz der Uniklinik in Leipzig (4x)	Universitätsklinikum (7x)
Praxis 'werden und wachsen' in Leipzig (2x)	Parkkrankenhaus Leipzig (6x)
Soziales Netzwerk in Leipzig (2x)	St.Georg Klinikum
Psychologen (2x)	
Sozial psychiatrischer Dienst (2x)	
Auryn e.V. (2x)	
St.Georg tagesklinische Angebote	
Leipziger Bündnis gegen Depression	
Verbund gemeindenahe Psychiatrie	
DRK	
Diakonie	
Netzwerk Pregnant	
Krisenkontaktstelle	
Soteria Klinik	
SPZ	
Psychiater	
Psychotherapeuten	
Caritas	
Wege e.V.	
Parkkrankenhaus	
Beratungsstellen	

II.1.3 Zusammenfassung

Bei der explorativen Stichprobe unter den Hebammen fällt auf, dass es in einigen Bereichen Unsicherheiten gibt. Mehr als die Hälfte der befragten Hebammen gaben an, sich nur teilweise mit postpartalen psychischen Erkrankungen auszukennen. Gute Kenntnisse über die Störungsbilder der möglichen postpartalen psychischen Störungen sind Voraussetzung für eine angemessene Aufklärungsarbeit der Mütter im Vorfeld der Geburt (in den Vorsorgeterminen), als auch rechtzeitig Anzeichen bei betroffenen Müttern zu erkennen und ihnen angemessene Hilfe zu empfehlen. Etwa 1/3 der befragten Hebammen gaben an, die Mütter nur teilweise über mögliche postpartale psychische Erkrankungen aufzuklären. An dieser Stelle wäre es wünschenswert, wenn es 100% der Hebammen machen würden. Erfreulich ist, dass 100% der befragten Hebammen bei Verdacht einer postpartalen Depression professionelle Hilfe empfehlen. Es stellt sich allerdings die Frage, ob frühzeitig die Anzeichen erkannt werden, um eine Verschlechterung zu verhindern oder ob die Anzeichen erst auffallen, wenn ein schwerer Grad, z.B. der Depression, erreicht ist. Die Helfelandschaft sieht im ländlichen Gebiet ziemlich rar aus, was es betroffenen Müttern in ihrer Situation nicht leicht macht. Geht man davon aus, dass eine postpartale Depression massive Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Interaktion hat und dementsprechend auf die Entwicklung des Kindes, ist es sehr wichtig, dies bei der Suche nach angemessener Hilfe zu berücksichtigen. So hat die Klinik in Wermsdorf beispielsweise bislang noch kein Mutter-Kind-Zimmer, behandelt nur die Mütter psychiatrisch. Im Landkreis Leipzig gibt es eine Klinik in Zschadraß, die Mutter-Kind-Einheiten hat. Ansonsten gilt es relativ weite Wege in Kauf zu nehmen, um Hilfe z.B. in Leipzig zu bekommen. Im städtischen Bereich gibt es einige Hilfeangebote mehr, im Verhältnis zum ländlichen Gebiet. Es bleibt jedoch zu hinterfragen, inwieweit die Angebote angemessen sind, wenn man von einer optimalen Hilfe für Mutter und Kind ausgeht. Die Angaben der Hebammen zu den ambulanten und stationären Hilfemöglichkeiten in Leipzig und Umgebung zeigen, dass es in der Stadt relativ viele Möglichkeiten der Hilfe gibt, im Landkreis Leipzig dagegen weniger. Insgesamt wirken die genannten Hilfemöglichkeiten aber recht allgemein gehalten und wenig auf das Störungsbild der postpartalen Depression

fokussiert. Verwunderlich ist es außerdem, dass die ambulante psychotherapeutische Hilfe mit einem hohen prozentualen Anteil empfohlen wird, allerdings bei konkreten Hilfeangeboten in der Region keine Adressen genannt werden, bis auf die Kliniken nur allgemeine Angaben.

II.2 Recherche der Hilfeangebote

Da eine postpartale Depression ungünstige Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Interaktion hat, sollte bei jedem Hilfeangebot die Etablierung einer guten Mutter-Kind-Beziehung von großer Bedeutung sein. Aus diesem Grund recherchierte ich nach Hilfeangeboten, die Mutter und Kind im Blick haben. Über eine Internetrecherche zu Hilfeangeboten postpartal psychischer Erkrankungen fand ich bei Schatten & Licht e.V. unter den Kontaktlisten und spezifischen Listen von Fachleuten (Stand vom 11.07.2011), das Parkkrankenhaus Leipzig und das Sächsische Krankenhaus Altscherbitz und auf der Internetseite der Marcé-Gesellschaft auf der aktuellen Adressliste von Aufnahmestellen bei postpartalen psychischen Erkrankungen, das Krankenhaus in Zschadraß. Zusätzlich diente die explorative anonyme Hebammenbefragung in Leipzig und im Landkreis Leipzig der Recherche an ambulanten und stationären Hilfeeinrichtungen (vgl. II.1.2.2) und ergänzend natürlich auch die vier Experteninterviews in den Kliniken (siehe Anhang).

II.2.1 Qualitative Herangehensweise

Um die aktuelle Situation der Hilfeangebote in Leipzig und Umgebung für Betroffene einer postpartalen Depression aus der Sicht der Experten (Ärzte, Psychologen) in den Blick nehmen zu können, wählte ich eine qualitative Herangehensweise. Diese ermöglicht Fragen nach dem 'was', 'warum' und 'wie' zu beantworten, in der Hoffnung, neue Einblicke zu gewinnen, anstatt vorhandenes Wissen abzusichern. Um eine Vergleichbarkeit der Hilfeangebote zu ermöglichen, bestimmte ich im Vorfeld Homogenitätskriterien. Ich entschied mich für die Kliniken mit Roaming-In Angeboten in Leipzig und Umgebung, da sie häufig wesentliche Anlaufstellen für Betroffene von einer postpartalen Depression sind. Das sind folgende: Krankenhaus Zschadraß, Sächsisches Krankenhaus

Altscherbitz, Universitätsklinikum Leipzig und Parkkrankenhaus Leipzig. Ziel der Interviews war grundsätzlich, die aktuelle Situation im Bereich der Hilfeangebote für Betroffene einer postpartalen Depression unter dem Gesichtspunkt der Mutter-Kind-Interaktion zu betrachten und Bezüge zur vorangegangenen Literaturrecherche herzustellen. Die vier Experteninterviews dienen als Beispiele aus der Praxis mit illustrativem Charakter und erheben keinen Anspruch auf Repräsentativität.

Der erarbeitete Interviewleitfaden (siehe Anhang, S.X), der Grundlage der Experteninterviews darstellte, beschäftigte sich mit der Fragestellung: Welche Hilfeangebote für betroffene Mütter und Kinder einer postpartalen Depression gibt es bei Ihnen? Die Interviews gestalteten sich als offene Befragung, die frei zu Wort kommen ließ und die Möglichkeit zu Nachfragen bot.

II.2.1.1 Interviewdurchführung

Nachdem ich Kontakt zu den Kliniken per Telefon, Email bzw. per Post aufnahm, vereinbarte ich Interviewtermine mit den zuständigen Ärzten. Die geführten Interviews in den drei erstgenannten Kliniken wurden audiodigital aufgenommen und im Anhang verschriftlicht. In der letztgenannten Klinik war eine Aufnahme unerwünscht, dafür liegt ein zusammenfassendes Protokoll des Interviews im Anhang vor. Wir einigten uns vor den Interviews darauf, genannte Namen zu anonymisieren, jedoch die Einrichtungen nennen zu dürfen.

II.2.1.2 Kriterien für das Aufbereitungsverfahren

Um die umfangreichen Interviews aufzubereiten, habe ich unten aufgeführte Fragestellungen als Kriterien festgelegt, die ich anhand von selektiven Protokollen aus den Verschriftlichungen des Anhangs zusammengefasst habe (vgl. Mayring, 2002, S. 97ff.). In den Interviews geht es inhaltlich mehr um die stationären Hilfeangebote, da die ambulanten Angebote vorrangig Psychoedukation, medikamentöse Behandlung und Beratung in Bezug auf andere Hilfen (interdisziplinäre Zusammenarbeit) beinhalten.

1. Welche Hilfeangebote gibt es für Betroffene einer postpartalen Depression in der jeweiligen Klinik (allgemein gehalten, z.B. ambulant, teilstationär oder stationär)?
2. Wie ist das Verhältnis zwischen Angebot und Nachfrage (Auslastung, Wartezeiten)?
3. Welche Rolle bekommt das betroffene Kind im Hilfeangebot?
4. Was wird für die Etablierung einer guten Mutter-Kind-Beziehung getan?
5. Werden die Bezugspersonen ins Hilfeangebot einbezogen?
6. Wo liegen Ressourcen des Hilfeangebotes?
7. Wo liegen Mängel / Schwierigkeiten?
8. Was sind Erfolge?
9. Was ist ganz wichtig?

II.2.2 Selektive Protokolle aus den vier Experteninterviews

Sämtliche Inhalte der folgenden selektiven Protokolle sind den Verschriftlichungen bzw. dem Protokoll der geführten Experteninterviews (siehe Anhang, S.XII-XL) entnommen.

II.2.2.1 Krankenhaus Zschadraß

1. *Welche Hilfeangebote gibt es für Betroffene einer postpartalen Depression (allgemein gehalten)?*

In Zschadraß gibt es regulär ein Mutter-Kind-Zimmer im stationären Bereich (auf der gemischten psychiatrischen Station) und zwei Weitere zum Aufstocken, je nach Bedarf. Es ist ein komplexes Angebot, das sich an viele postpartale psychische Störungen richtet. Das Kind sollte nicht älter als drei Jahre alt sein. Ambulant gibt es die PIA, in der auch Patientinnen betreut werden.

2. *Wie ist das Verhältnis zwischen Angebot und Nachfrage (Auslastung, Wartezeiten)?*

Das Mutter-Kind-Zimmer ist zu 100% ausgelastet, in Hochphasen waren sogar drei bis vier Kinder mit Müttern da. Betroffene werden sehr zeitnah, innerhalb von 1-2 Wochen, aufgenommen.

3. Welche Rolle bekommt das betroffene Kind im Hilfeangebot?

Grundsätzlich wird die Mutter aufgenommen und behandelt, das Kind ist Begleitperson der Mutter. Für das Kind gibt es kein Personal. Wenn sie neu aufgenommen werden, steht erst mal die Mutter-Kind-Interaktion im Vordergrund der Behandlung, weitere Therapien werden anfangs erst einmal beschränkt. Grundsätzlich ist das Kind immer bei der Mutter, es gibt keine eingeplanten babyfreien Zeiten. Wenn die Mutter dann allerdings stabiler ist, um an anderen Therapien (störungsspezifische Gruppentherapie, Ergotherapie, Physiotherapie) teilzunehmen oder wenn sie einfach mal Ruhe braucht, kann das Kind auch vom Pflegepersonal betreut werden.

4. Was wird für die Etablierung einer guten Mutter-Kind-Beziehung getan?

Einen großen Teil gestaltet diesbezüglich das Pflegepersonal, durch die Unterstützung und die Hinweise. Außerdem sind die individuell abgestimmten psychologischen Gespräche sehr wichtig, mit dem Psychologen oder Arzt. Weiterhin wird das Kind teilweise in Therapien mit einbezogen, z.B. in ergotherapeutische und physiotherapeutische (u.a. Babymassage) Maßnahmen. Je nach Alter des Kindes und nach Bedarf wird eine Hebamme konsiliarisch hinzugezogen.

5. Werden die Bezugspersonen ins Hilfeangebot einbezogen?

Nahe Bezugspersonen haben jederzeit Besuchsrecht. Es wird versucht, sie möglichst in Familiengesprächen mit einzubeziehen, damit sie auch eine Bindung zum Kind bekommen. Bei therapeutischen Gesprächen sind sie auch teilweise dabei (individuell, je nach Bedarf).

6. Wo liegen Ressourcen des Hilfeangebotes?

Die Zeit bringe viel mit sich. Es ist eine intensive Zeit der Mütter mit ihren Kindern, sie lernen eine Tagesstrukturierung mit ihren Kindern einzuhalten. Außerdem helfen sich die Patienten, v.a. Mütter, untereinander, halten Erfahrungsaustausch. Die Sozialarbeiter klären während der stationären Zeit viel für die nachstationäre Versorgung, beantragen z.B. Frühförderung, zukünftige

Kindertagesstätten oder nehmen Kontakt zum Jugendamt auf, wegen möglichen Familienhilfen beispielsweise.

7. Wo liegen Mängel / Schwierigkeiten?

Für die Kinder gibt es keinerlei Personalschlüssel, obwohl sie vom Pflegepersonal teilweise intensiv versorgt werden.

8. Was sind Erfolge?

Wenn die Mutter stabilisiert ist und die Interaktion mit dem Kind gut funktioniert.

9. Was ist ganz wichtig?

Zu Beginn der Behandlung ist Psychoedukation sehr wichtig, v.a. zur Entlastung der Mütter. Während der Behandlung brauchen die Mütter die Sicherheit, jederzeit zum Pflegepersonal gehen zu können, wenn sie Ruhe brauchen, damit sich das Pflegepersonal um das Kind kümmert. Für die Kinder ist der Bezug zur Mutter sehr wichtig.

II.2.2.2 Sächsisches Krankenhaus Altscherbitz

1. Welche Hilfeangebote gibt es für Betroffene einer postpartalen Depression (allgemein gehalten)?

Es gibt 6 Mutter-Kind-Einheiten; verteilt auf 2 allgemein psychiatrischen Stationen, im stationären Bereich. Die Kinder dürfen nicht älter als ein Jahr sein. Dann findet zweimal wöchentlich die ambulante Spezialsprechstunde statt, eine Art Vorschaltambulanz. Dort werden häufig Patientinnen vorgestellt, die eine Begleitung in der Schwangerschaft bei vor bestehenden psychischen Störungen oder Kinderwunsch und psychischen Störungen oder postpartale Erkrankungen brauchen. Sowohl für Patientinnen des ambulanten, als auch des stationären Hilfeangebotes gibt es eine Mütter-Gesprächsgruppe, v.a. für Betroffene an postpartalen Erkrankungen.

2. *Wie ist das Verhältnis zwischen Angebot und Nachfrage (Auslastung, Wartezeiten)?*

Die ambulanten Hilfeangebote werden sehr gut wahrgenommen, die stationären Angebote dagegen weniger (eher rückläufig). Es gibt keine langen Wartezeiten, maximal ca. eine Woche. Im dringenden Fall kann die Patientin über die Akutaufnahme kommen (ohne Kind).

3. *Welche Rolle bekommt das betroffene Kind im Hilfeangebot?*

Offiziell ist das Kind nur Begleitperson, die Mutter wird aufgenommen und behandelt. Im Prinzip werden aber beide behandelt, da sie eine Einheit sind und nicht zu trennen. Die Mutter reguliert selbst, ob sie zu den Therapien das Kind mitnimmt oder nicht. Wenn die Mutter das Baby nicht mitnehmen möchte, betreuen es die Schwestern der jeweiligen Station. Die Versorgung des Kindes stellt grundsätzlich die Mutter sicher. Sollte sie dazu nicht in der Lage sein, aufgrund heftiger Symptomatik, kann das Kind nicht im Krankenhaus bleiben, sondern muss von der Familie bzw. vom Kindernotdienst abgeholt werden.

4. *Was wird für die Etablierung einer guten Mutter-Kind-Beziehung getan?*

Es gibt ein verhaltens- und gruppentherapeutisch orientiertes Mutter-Kind-Therapieprogramm, mit mütterspezifischen und interaktionsfördernden Angeboten, z.B. Ergotherapie, Sport und Bewegung, Musiktherapie (mütterspezifisch: Babymusiktherapie, Babybewegungstherapie, Babymassage etc.). Bei diesen Dingen muss die Mutter mit ihrem Kind in Kontakt treten und bekommt dann darüber auch positive Rückmeldungen. Teilweise wird mit Videoanalyse gearbeitet, es werden Therapien aufgezeichnet und mit der Mutter ausgewertet. Durch die Interaktion, durch das Handeln, durch direkten Kontakt und positive Rückmeldungen des Kindes und bei schweren Störungen durch Medikamente verbessert sich die Mutter-Kind-Interaktion. Zu Belangen der Säuglingspflege oder des (Ab-)Stillens wird eine Hebamme konsiliarisch hinzugezogen, teilweise übernehmen das auch die Schwestern.

5. Werden die Bezugspersonen ins Hilfeangebot einbezogen?

Im stationären Bereich sind die Väter meistens an den Nachmittagen da, werden allerdings in die Therapien nicht integriert. Es gibt aber Gesprächsangebote für sie. Im ambulanten Bereich wird sehr viel Wert auf die Präsenz der Bezugspersonen gelegt.

6. Wo liegen Ressourcen des Hilfeangebotes?

Von Vorteil ist in Altscherbitz die Kombination aus ambulanten und stationären Hilfemöglichkeiten und es wird viel Wert auf eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Kollegen gelegt. Mit einer medikamentösen Behandlung wurden viele gute Erfolge erzielt, auch kompatibel mit weiterem Stillen des Kindes.

7. Wo liegen die Mängel / Schwierigkeiten?

Es gibt keine spezialisierte Kinderbetreuung (z.B. Erzieher), da die Kinder nur als Begleitpersonen in der Klinik sind. Die personellen Ressourcen sind sehr begrenzt, das Feld ist extrem mangelversorgt. Im Allgemeinen ist die Hemmschwelle ins Krankenhaus zu gehen hoch, v.a. wenn man ein Baby hat.

8. Was sind Erfolge?

Bei einer klassischen postpartalen Depression ist der Behandlungserfolg sehr hoch, v.a. mit einer Kombinationstherapie (Medikation und Begleittherapien). Erfreulich ist es, wenn die Mutter nach der Therapie sagt, sie wünsche sich noch ein weiteres Kind.

9. Was ist ganz wichtig?

Aufklärung und Psychoedukation ist extrem wichtig und der erste Schritt in eine gute Behandlung, dadurch geschieht große Entlastung, v.a. weil das Thema so schambesetzt ist. Betroffene trauen sich meist nicht, ihrem Partner ihre schlechten Gedanken bzw. Aggressionen dem Kind gegenüber zu äußern. Es geht im Allgemeinen beim Hilfeangebot um Ressourcenorientierung und nicht um Konfliktbearbeitung.

II.2.2.3 Universitätsklinikum Leipzig

1. Welche Hilfeangebote gibt es für Betroffene einer postpartalen Depression (allgemein gehalten)?

Im stationären Bereich ist eine Mutter-Kind-Einheit (für eher schwer erkrankte Mütter) vorhanden, ansonsten gibt es vorwiegend die ambulante medizinisch psychiatrische Behandlung, mit verschiedenen Gruppenangeboten (es gibt leider noch keine störungsspezifische Gruppe, aufgrund der mangelnden Patientenanzahl). Tagesklinische Angebote richten sich eher an die schwangeren Frauen, die z.B. depressiv sind oder andere psychische Störungen aufweisen.

2. Wie ist das Verhältnis zwischen Angebot und Nachfrage (Auslastung, Wartezeiten)?

Die Mutter-Kind-Einheit ist nicht durchgehend belegt. Es gibt auch Zeiten, da wird dieses Zimmer anderweitig genutzt. Die Wartezeit ist sehr niedrig, Patientinnen mit postpartalen Erkrankungen haben Priorität. Sie können jederzeit auch akut aufgenommen werden.

3. Welche Rolle bekommt das betroffene Kind im Hilfeangebot?

Es wird viel Wert darauf gelegt, dass es dem Kind gut geht. Deshalb gibt es auch einen Sozialarbeiter, der sich einen Eindruck des familiären Milieus verschafft. Den ambulanten Patientinnen werden Gruppen empfohlen, wie Babymassage etc., wo sie mit dem Kind interagieren können.

Im stationären Bereich ist das Kind mit im Zimmer der Mutter, als Begleitperson. Fokus liegt auf der Mutter, denn es wird davon ausgegangen, dass sie besser mit ihrem Kind interagiert, wenn es ihr besser geht. Teilweise gehen die Kinder mit zu Therapien und teilweise passen Schwestern in der Zeit auf die Kinder auf, wenn die Mutter z.B. allein Zeit für eine Therapie braucht. Je nach Einzelfall und Überforderungsgrad wird das Kind vornehmlich von der Mutter bzw. von den Schwestern versorgt.

4. Was wird für die Etablierung einer guten Mutter-Kind-Beziehung getan?

Grundsätzlich liegt der Fokus auf der Behandlung der Mutter, denn wenn es der

Mutter besser geht, geht es auch dem Kind besser, interagiert die Mutter besser mit ihrem Kind. Die Schwestern bieten den Müttern viel positive Verstärkung, um ihnen Sicherheit zu geben, dass sie es gut machen. Im ambulanten Bereich sorgt sich der Sozialarbeiter um Entlastung und engmaschige Betreuung.

5. Werden die Bezugspersonen ins Hilfeangebot einbezogen?

Die Arbeit mit den Bezugspersonen ist sehr wichtig, zur Aufklärung und Entlastung, um Verständnis für die Situation entwickeln zu können. Von der häuslichen Situation (u.a. vom Eindruck des Partners) hängt es manchmal ab, ob Patientinnen ambulant behandelt werden können oder lieber doch stationär.

6. Wo liegen Ressourcen des Hilfeangebotes?

Die Kombination aus medikamentöser Behandlung, Entspannungsverfahren, der depressionsspezifischen Gruppe und der sozialarbeiterischen Unterstützung sorgt für eine Verbesserung der Symptomatik der Mutter und somit der Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion.

7. Wo liegen Mängel / Schwierigkeiten?

Ambulante Patientinnen mit schwerer Symptomatik sind meist nicht in der Lage, Gruppen, wie Babymassage etc., zu besuchen. Das Thema der postpartalen Depression ist noch nicht ausreichend bekannt in der Öffentlichkeit und bei den Hebammen, denn häufig kommen Mütter, die noch keine Depression vorher hatten und wissen nicht, was mit ihnen los ist. Da die Betroffenen so vereinzelt kommen und Hilfe suchen, bestand noch nicht die Möglichkeit, eine spezifische Gruppe für sie zu initiieren.

8. Was sind Erfolge?

Es ist schön zu sehen, wenn es der Patientin wieder gut geht, sie lachen kann und sich mit dem Kind genießen kann.

9. Was ist ganz wichtig?

Es ist wichtig, dass eine postpartale Depression frühzeitig erkannt wird, um mit

einer Behandlung beginnen zu können und um mögliche Folgen und Belastungen für Mutter und Kind zu vermeiden. Psychoedukation ist extrem wichtig. Die Patientinnen erfahren, das ist eine Krankheit, die behandelt werden kann und werden stark entlastet. Außerdem ist die sozialarbeiterische Unterstützung von großer Bedeutung, um eine engmaschige Betreuung vorzubereiten.

II.2.2.4 Parkkrankenhaus Leipzig

(Die meisten Angaben beziehen sich auf die Interaktionstherapie im tagesklinischen Bereich.)

1. Welche Hilfeangebote gibt es für Betroffene einer postpartalen Depression (allgemein gehalten)?

Im stationären Bereich gibt es Platz für 1-2 Mütter mit ihren Kindern (auf der Kinderstation), eher für die schwerwiegenden Fälle. Im tagesklinischen Bereich (Interaktionstherapie) existieren derzeit 6 Behandlungsplätze, demnächst sogar 12 und im ambulanten Setting ist der Bedarf riesig und kaum abzudecken.

2. Wie ist das Verhältnis zwischen Angebot und Nachfrage (Auslastung, Wartezeiten)?

Die Hilfeangebote werden rege genutzt, sind hoch frequentiert, sodass es kaum zu schaffen ist. Mütter mit Babys werden sofort aufgenommen und behandelt, mit älteren Kindern kann es kurze Wartezeiten geben, bis zu 3-4 Wochen.

3. Welche Rolle bekommt das betroffene Kind im Hilfeangebot?

Im Zentrum der Hilfen steht die Beziehung zwischen Eltern und Kind, die Interaktion. Es gibt auch Fachpersonal für die Kinder, z.B. Erzieher. Es sind größtenteils die hochtraumatisierten Fälle mit sehr komplexem Hilfebedarf, wo die Kinder in massiver Gefahr bspw. vor Misshandlung sind.

4. Was wird für die Etablierung einer guten Mutter-Kind-Beziehung getan?

Die multiprofessionelle Arbeit, z.B. durch Musiktherapie, Interaktionstherapie,

Schwimmtherapie, Ergotherapie, Bewegungstherapie, Psychotherapie und Traumatherapie dient der Etablierung einer guten Mutter-Kind-Beziehung. Die Mutter wird gestärkt, sie soll erleben, dass sie eine gute Mutter ist und selbstwirksam ist. Ihre Ressourcen werden aktiviert, dabei funktionieren häufig Medien recht gut (z.B. Musik, Bewegung, Ergotherapie). Im Handeln sollen positive Momente wahrgenommen werden, unter therapeutischer Begleitung. Es wird viel mit Videodiagnostik gearbeitet.

5. Werden die Bezugspersonen ins Hilfeangebot einbezogen?

Die Bezugspersonen spielen eine sehr große und wichtige Rolle. Es gibt Therapieangebote für Mütter, Kinder, Familien, Väter, Großfamilien – mit allen, die da sind.

6. Wo liegen Ressourcen des Hilfeangebotes?

Die Betroffenen können in der Interaktionstherapie, im Hier und Jetzt, sehr praxisorientiert üben, durch alltagspraktische Dinge und altersgerechtes Spiel. Die multiprofessionelle Arbeit mit viel Fachpersonal ist von Vorteil, z.B. durch Musiktherapie, Schwimmtherapie, Ergotherapie, Bewegungstherapie, Traumatherapie, Psychotherapie und Interaktionstherapie.

7. Wo liegen Mängel / Schwierigkeiten?

Der Bedarf ist riesengroß und kaum zu bewältigen. Die Hilfeangebote reichen nicht aus. Die Hilfen des Jugendamtes sind qualitativ sehr unterschiedlich. Es stellt sich die Frage, ob es die postpartale Depression per se überhaupt gibt, denn häufig liegt in der Eigengeschichte der Mutter eine Traumatisierung vor.

8. Was sind Erfolge?

Erfolge sind, wenn die Mutter für ihr Kind verfügbar ist und die Bedürfnisse wahrnimmt und zeitnah befriedigt und wenn die Mutter ihren Perfektionismus abbaut und im Selbstwert gestärkt ist.

9. Was ist ganz wichtig?

Die Psychoedukation ist das A und das O, v.a. bei traumatisierten Patienten.

II.2.3 Analyse und Auswertung der Hilfeangebote auf Grundlage der vier Experteninterviews

Nachdem ich das Material der Experteninterviews, mittels selektiver Protokolle, unter o.g. fragestellenden Kriterien, deutlich gekürzt habe, möchte ich nun eine zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse durchführen. „Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion ein überschaubares Korpus zu schaffen, das immer noch ein Abbild des Grundmaterials ist“ (Mayring, 2002, S.115).

Für die Analyse der Hilfeangebote legte ich folgende Kategorien fest, die ich im Anschluss untersuchen werde:

1. Sind die Hilfeangebote für Betroffene der postpartalen Depression ausreichend in Leipzig und Umgebung?
2. Sind die Hilfeangebote angemessen für Mutter und Kind als Betroffene?
3. Welche grundlegenden Probleme ergeben sich bei der Betrachtung der Hilfeangebote?
4. Wo liegen wichtige Ressourcen für einen positiven Verlauf?

II.2.3.1 Sind die Hilfeangebote für Betroffene der postpartalen Depression ausreichend in Leipzig und Umgebung?

Bei der Untersuchung wird deutlich, dass die ambulanten Hilfeangebote im Allgemeinen sehr hoch frequentiert werden und für den hohen Bedarf kaum ausreichen. Die stationären Angebote sind in den leipzignahen Kliniken nicht durchgehend ausgelastet, die Mutter-Kind-Einheit der Klinik Zschadraß im Landkreis Leipzig ist dagegen durchgehend belegt, meist sogar überbelegt (großes Einzugsgebiet).

II.2.3.2 Sind die Hilfeangebote angemessen für Mutter und Kind als Betroffene?

Die Angemessenheit der Hilfeangebote für Mutter und Kind orientiert sich an der unter I.6 herausgearbeiteten Feststellung, dass bei jeder Therapieform die Etablierung einer guten Mutter-Kind-Beziehung von großer Bedeutung sein sollte. Grundsätzlich ist es erfreulich, dass es in Leipzig und Umgebung einige Mutter-Kind-Einheiten gibt, die es ermöglichen, beide aufzunehmen und eine Trennung von Mutter und Kind zu vermeiden. Im stationären Bereich wird in allen Kliniken grundsätzlich die Wichtigkeit der Mutter-Kind-Beziehung und -Interaktion wahrgenommen und je nach Möglichkeiten therapeutisch unterschiedlich darauf eingegangen. Die Schwerpunkte sind in der Herangehensweise etwas unterschiedlich, teilweise auf die Besserung der Mutter bezogen, teils werden Mutter und Kind als untrennbare Einheit gesehen und behandelt. Das große Ziel ist grundsätzlich überall die Verbesserung der Interaktion zwischen Mutter und Kind. Leider liegt in den meisten Kliniken eine personelle Mangelbesetzung vor, die die Qualität der Hilfe deutlich begrenzt. Insgesamt wächst der Eindruck, dass im Bereich der Mutter-Kind-Beziehung ganz viel vom Pflegepersonal geleistet wird, die weder eine therapeutische Ausbildung haben, noch personell freie Kapazitäten dafür zur Verfügung stehen. Eine fest installierte Mutter-Kind-Therapie wäre wichtig und wünschenswert, gibt es allerdings in dem Sinne kaum, nur in kleinen Ansätzen. Häufig werden die Kinder 'nur' in speziellen Therapien, wie z.B. Ergotherapie und Physiotherapie miteinbezogen (z.B. durch Babymassage o.ä.). Insgesamt wirkt die Behandlung der betroffenen Mütter und Kinder sehr individuell.

In den ambulanten Bereichen der Kliniken werden aufgrund des Kapazitätenmangels eher die Mütter behandelt (häufig vorrangig medikamentös und psychoedukativ), weniger interaktionstherapeutisch. Die Motivation dabei ist die, dass es der Mutter besser gehen muss, wenn es dem Kind besser gehen soll.

Das tagesklinische Angebot des Parkkrankenhauses mit der Interaktionstherapie ist vom Fachpersonal und von der Multiprofessionalität am günstigsten ausgestattet, erreicht allerdings derzeit vorrangig schwere hoch traumatisierte

Fälle mit sehr komplexem Hilfebedarf.

In den meisten klinischen Hilfeangeboten spielt die Psychopharmakotherapie eine bevorzugte und wichtige Rolle, die sicherlich oft notwendig ist, allerdings eher begleitend stattfinden sollte. Dagegen wirken die Psychotherapie und die Mutter-Kind-Therapie in der Gewichtung deutlich untergeordnet. Ein Gleichgewicht bzw. eine Umkehrung wäre wünschenswert, setzt allerdings durch den größeren Personalbedarf mehr finanzielle Mittel voraus.

II.2.3.3 Welche grundlegenden Probleme ergeben sich bei der Betrachtung der Hilfeangebote?

In den stationären Hilfeangeboten der verschiedenen Kliniken gibt es Mutter-Kind-Einheiten, meist auf allgemein psychiatrischen Stationen integriert. Dort werden die Mütter behandelt und die Kinder offiziell nur als Begleitpersonen aufgenommen, d.h. es gibt keinen Personalschlüssel für die Kinder, obwohl für das Klinikpersonal, v.a. für die Krankenschwestern und -pfleger, ein deutlicher Mehraufwand entsteht. Es gibt nirgendwo in Leipzig und Umgebung spezielle Mutter-Kind-Stationen, sondern nur sogenannte 'Anhängsel-Einheiten'. Dort sind Betroffene gemeinsam mit Patienten der unterschiedlichsten Störungsbilder untergebracht. Das Thema der postpartalen Depression ist gesellschaftlich weiterhin sehr schambesetzt, was sich u.a. darin äußert, dass die ambulanten Hilfeangebote deutlich höher frequentiert werden, als die stationären Angebote. Die Hemmschwelle ins Krankenhaus (Psychiatrie) zu gehen, wenn man ein Kind bekommen hat, erscheint im Allgemeinen sehr hoch zu sein. Das Thema der postpartalen Erkrankungen ist in der Öffentlichkeit nicht ausreichend bekannt, denn es sorgt bei Betroffenen und deren Bezugspersonen oft für extrem große Verunsicherung. Die Entlastung ist nach Aufklärung und Psychoedukation durch das Fachpersonal sehr groß. Im städtischen Raum ist die Versorgung an Hilfeangeboten besser, als im ländlichen Raum, was die jeweilige Auslastung, v.a. an stationären Hilfeangeboten zeigt.

II.2.3.4 *Wo liegen wichtige Ressourcen für einen positiven Verlauf?*

Psychoedukation ist ein sehr grundlegender Bestandteil jeder Behandlungsform, weil dadurch große Entlastung bewirkt werden kann. Außerdem spielt die Einbeziehung der Bezugspersonen eine sehr wesentliche Rolle, denn diese können die Schwierigkeiten der betroffenen Mütter meist nicht einordnen, sind aber im Behandlungsverlauf sehr wichtig für Mutter und Kind und können mitunter darüber entscheiden, ob eine ambulante Behandlung möglich oder eine stationäre Behandlung nötig ist. Sowohl im ambulanten, als auch im stationären Setting ist eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit wichtig und vonnöten, da der Hilfebedarf vielschichtig ist (z.B. auch durch Sozialarbeiter in Bezug auf Beratung an Familienhilfen etc.), orientiert am Einzelfall.

II.2.4 Überblick über sonstige Hilfeangebote (inkl. Präventivmaßnahmen)

So wie die Ausprägung der postpartalen Depression sehr unterschiedlich sein kann, gibt es auch viele verschiedene Möglichkeiten der Hilfen. Neben den ausführlich betrachteten Hilfeangeboten der Kliniken in Leipzig und Umgebung können betroffene Mütter und deren Angehörige sich bspw. auch an Schwangerschaftsberatungsstellen oder an sozialpsychiatrische Praxen wenden, um fachkompetente Ansprechpartner zu finden. Sollte die Bindungsförderung im Vordergrund stehen, können u.a. auch Erziehungsberatungsstellen und Frühförderstellen konsultiert werden. Vom Klinikum St.Georg GmbH gibt es noch den Verbund Gemeindenahe Psychiatrie in Leipzig, als mögliche Anlaufstelle. Auf der Internetseite des Deutschen Bündnisses gegen Depression e.V. sind sämtliche Hilfemöglichkeiten, Telefonnummern und Kontaktdaten, auch für dringende Fälle in der Krise zu finden, unter www.buendnis-depression.de. Außerdem gibt es die Möglichkeit, sich rund um das Thema (inhaltlich und in Bezug auf Hilfemöglichkeiten) im Internet bei www.schatten-und-licht.de zu informieren.

Da bei der Entstehung postpartaler Depressionen meistens belastende Erfahrungen aus der eigenen Lebensgeschichte der betroffenen Mutter

maßgeblich beteiligt sind, erscheint es in den meisten Fällen sinnvoll, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, z.B. bei niedergelassenen ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapeuten, um die eigene Geschichte aufzuarbeiten und so günstigere Voraussetzungen für eine gelingende Mutter-Kind-Interaktion zu schaffen.

Im Nachfolgenden möchte ich nur ein paar konkrete Möglichkeiten in Leipzig nennen, u.a. auch im präventiven Bereich:

II.2.4.1 Sozialpädiatrisches Zentrum Leipzig (SPZ)

- Beratung und Therapie bei schwierigen Eltern-Kind-Interaktionen (für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern bis zum 3. Lebensjahr)
- vgl. www.spz-leipzig.de

II.2.4.2 Caritasverband Leipzig e.V.

- FuN-Baby – ein präventives Familienprogramm (bei der Schwangerschaftsberatung angegliedert)
- für u.a. sozialbenachteiligte und bildungsungewohnte Eltern mit Babys zwischen 3-12 Monaten
- zur Förderung und Stärkung der Elternkompetenz; im Aufbau einer sicheren Bindung etc.
- vgl. www.ocvleipzig.caritas.de

II.2.4.3 Wege e.V. in Leipzig (Verein Angehöriger und Freunde psychisch Kranker)

- 'Frühe Hilfen' – Beratung für psychisch erkrankte Schwangere und Mütter mit Babys und Kleinkindern (0-3 Jahre) (Angebot der Kinder-, Jugend- und Familienberatungsstelle AURYN)
- u.a. geht es um die Förderung der Eltern-Kind-Interaktion, um Bindungsaufbau, die Wahrnehmung kindlicher Bedürfnisse und Signale etc.
- vgl. www.wege-ev.de

II.2.4.4 *PEKiP – Kurse bei Hebammen, im Mütterzentrum etc.*

- Ziel des PEKiP's (Prager-Eltern-Kind-Programms) ist die Unterstützung der Eltern und Babys im sensiblen Prozess des Zueinanderfindens, im ersten Lebensjahr
- vgl. www.pekip.de

II.2.4.5 *SAFE Leipzig*

- Sichere Ausbildung Für Eltern
- Trainingsprogramm zur Förderung einer sicheren Bindung zwischen Eltern und Kind (beginnt in der 25.Schwangerschaftswoche)
- vgl. www.safe-leipzig.de

III. Resümee

Nachdem das Thema 'Mutter-Kind-Interaktion und postpartale Depression' unter I. inhaltlich aufgearbeitet wurde und unter II. die 'Bestandsaufnahme und Analyse der Hilfeangebote in Leipzig und Umgebung' Betrachtung fand, bleibt an dieser Stelle noch Raum für ein abschließendes Resümee.

Grundsätzlich kann die postpartale Depression in verschiedenen Ausprägungen auftreten, bedingt durch unterschiedliche Ursachen, die verschiedene Hilfen nötig machen. Deshalb wäre es generell wünschenswert, dass eine größere gesellschaftliche Präsenz des Themenkomplexes der postpartalen Erkrankungen entstünde und dadurch Betroffene keine extreme Verunsicherung erleben müssten. Neben Literatur und Medien sollten wesentliche Schaltstellen der Informationsvermittlung die Hebammen, die Gynäkologen und die geburtshilflichen Stationen sein, wodurch schon eine große Menge an Aufklärungsarbeit und Entlastung von Schuldgefühlen geschehen könnte. Gleichzeitig wäre so frühzeitige Diagnostik möglich. Voraussetzung dafür ist jedoch eine umfängliche Klärung der diagnostischen Herangehensweise und die Möglichkeit der klaren diagnostischen Differenzierung, möglicherweise einer Aufnahme in die beiden Klassifikationen ICD-10 und DSM-IV. Durch die diagnostische Sicherheit könnten therapeutische Interventionen zielsicher in Form von angemessenen spezialisierten Hilfeangeboten empfohlen werden. Da viele Themen eine Rolle spielen, die bei einer anderen Depression nicht unbedingt relevant sind, z.B. die Angst, als Mutter zu versagen oder das Kind nicht angemessen wahrnehmen zu können, dürften die Betroffenen normalerweise nicht standardmäßig als 'Depressive' behandelt werden, sondern im optimalen Fall multimodal, mit wesentlichem Fokus auf der Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion. Generell ist eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit vonnöten, denn in der Zeit der nachgeburtlichen Neuordnung der Familie hilft zum Teil schon der Abbau von Alltagsstressoren, z.B. durch eine Haushaltshilfe oder durch Hilfen des Jugendamtes. Für die Entwicklung des mit betroffenen Kindes kann der nichtdepressive Vater oder eine andere nahe nichtdepressive Bezugsperson von großer Bedeutung sein. An dieser Stelle wäre ebenso ein Mehr an Aufklärung, Psychoedukation und Stärkung erforderlich.

Frauen, die schon einmal psychisch erkrankt waren, sollten besonders in der Schwangerschaft und in der nachgeburtlichen Zeit engmaschig psychiatrisch betreut werden, um rechtzeitig Anzeichen feststellen und prophylaktisch arbeiten zu können.

In der Praxis stellt sich für den Raum Leipzig und Umgebung heraus, dass das Thema der postpartalen Depression insgesamt zu wenig Beachtung findet, denn viele Betroffene reagieren sehr verunsichert auf Symptome und holen sich erst Hilfe, wenn der Leidensdruck enorm groß ist. Durch eine bessere flächendeckende Aufklärung, gerade auch durch die Hebammen, könnten Betroffene schneller Hilfe finden. Dann würden sie nicht unbedingt erst eine schwere Depression ausprägen, was wiederum besonders für das mit betroffene Kind in dieser wichtigen Zeit von großem Vorteil wäre. Außerdem wäre schnelle multiprofessionelle Hilfe zwar vorerst teuer, in der Langzeit könnten möglicherweise jedoch Kosten gespart werden, durch verbesserte Bedingungen für Mutter und Kind. Die Hilfeangebote sind in den letzten Jahren angestiegen, v.a. durch die Installation der Mutter-Kind-Einheiten. Die Rahmenbedingungen erschweren allerdings in vielen Fällen eine optimale Hilfemöglichkeit, da eine personelle Mangelversorgung besteht. Am besten ist diesbezüglich das Parkkrankenhaus ausgestattet, allerdings erfahren dort fast nur die schweren, hoch traumatisierten Patientinnen Hilfe, aufgrund des großen Bedarfs. Durch die 'Anhängsel'-Einheiten auf allgemein psychiatrischen Stationen kann im Allgemeinen zu wenig spezialisiert auf die betroffenen Mütter und Kinder eingegangen werden. Der in Anspruch genommene Bedarf (im stationären Bereich) ist allerdings in den meisten Kliniken zu gering, als dass ein Ausbau dieses Bereiches veranlasst wäre. An dieser Stelle schließt sich der Kreislauf. Das Thema ist immer noch ein gesellschaftliches Tabuthema. Die vielen Themen, die Mutterschaft mit sich bringt und bei einer postpartalen Depression wichtig und beteiligt sind (siehe I.4), finden in den Hilfeangeboten meines Erachtens zu wenig Bedeutung. Mindestens ein Gleichgewicht zwischen medikamentöser Behandlung, Psychotherapie und Mutter-Kind-Therapie wäre wünschenswert, v.a. auch im hoch frequentierten ambulanten Hilfebereich. Zusätzlich wäre der Ausbau an Hilfeangeboten im ländlichen Gebiet vonnöten. Die vielen guten

Angebote, die es interdisziplinär schon gibt, z.B. Feinfühligkeitstraining, PEKiP-Kurse etc. werden häufig nicht von postpartal depressiven Müttern genutzt, da sie aufgrund der Symptomatik gar nicht in der Lage sind, sich in Gesellschaft zu begeben.

Das Grundproblem bleibt bestehen: die Thematik ist sehr schambesetzt.

Perspektivisch ist es notwendig, bei sämtlichem Hilfspersonal, seien es Ärzte, Hebammen, Sozialarbeiter, Krankenschwestern oder anderen, im Rahmen von Aus- oder Fortbildungen, der Vermittlung von psychologischen Grundkenntnissen zu diesem Themenkreis, mehr Bedeutung beizumessen.

Insgesamt gesehen, gibt es einige positive Ansätze bei der Behandlung der postpartalen Depression in Leipzig und Umgebung zu verzeichnen, seien es die Mutter-Kind-Einheiten, einige Hebammen, die Aufklärungsarbeit leisten, interdisziplinäre Kooperationen innerhalb der Kliniken oder die jeweilige Einbeziehung der Bezugspersonen in die Hilfeangebote. Erschwerende Komponente bei der optimalen Behandlung der postpartalen Depression sind vor allem die finanziellen Rahmenbedingungen und die geringe öffentliche Präsenz des Themenkomplexes.

Die Gesamtproblematik, die sich um das Thema der postpartalen Depression in unserer Gesellschaft dreht, wurde in einem zusätzlichen Experteninterview, dass ich in einer Praxis führte, die anonym bleiben möchte, treffend betrachtet. Die allgemeinen Veränderungen und die Emotionen rund um die Geburt eines Kindes sind so komplex, dass es auf eine besonders gute Versorgung der Familien ankommt, sowohl im Vorfeld, als auch im Verlauf dieser sensiblen Zeit. Die beiden befragten Personen der Praxis betonten, dass die emotionale Annahme und die Körperwahrnehmung der Schwangerschaft in den Geburtsvorbereitungskursen wesentliche Themen sein sollten. Bei ihnen handele sich vieles um die sinnliche Wahrnehmung der Schwangerschaft. Es erweise sich außerdem als günstig, wenn sich Frauen eingestehen können, bedürftig zu sein, bei dem sonst gelebten hohen Anspruch an sich selbst, was wiederum oft den Bildern in Zeitschriften widerspricht und zu enormer Frustration führen kann. Die

Lebensgeschichte der Gefühle der postpartal betroffenen Mütter ist meist traumatisiert. Gefühle mussten häufig zurück gehalten werden, lange Zeit scheint es geglückt zu sein, bis zur Geburt. Plötzlich 'funktioniert' die Frau nicht mehr - das verunsichert natürlich in unserer Gesellschaft, in der das Leben nach der Geburt möglichst schnell wieder funktionieren sollte. Diese Probleme gebe es in primitiven Gesellschaften gar nicht, da dort Rituale existieren. In der gelebten Ausnahmesituation der Mutter z.B. dürfen diese dort sechs Wochen lang das Haus nicht verlassen und nicht abwaschen. Postpartal schwer betroffene Familien sind auf vielen Ebenen so bedürftig, dass die Schwierigkeit v.a. darin besteht, dass viele Ressourcen gleichzeitig aktiviert werden müssen, denn mindestens geht es den Müttern, den Vätern und den Kindern gleichzeitig schlecht (vgl. Anhang, S.XLII ff.).

Diese Zusammenfassung der Problematik um die postpartale Depression setzt eine optimales Hilfenetzwerk voraus, das viel früher ansetzt. Gute Präventionsarbeit und eine sensible und ressourcenorientierte Begleitung während der Schwangerschaft, der Geburt und danach kann viele Unsicherheiten abwenden, besonders in einer gesellschaftlichen Zeit, in der die Frau vielfältige Rollen füllen soll und damit häufig überfordert ist. „Sie soll eine optimale Mutter sein, die ständig Erziehungsbücher liest; sie soll beruflich erfolgreich und gleichzeitig eine attraktive Geliebte und gute Gesprächspartnerin sein“ (Gmür, 2000, S.124). Rund um die Geburt befindet sich jede Familie in einer Umbruchphase, in der sie meist offen für Beratung, Prävention und Information ist. Je eher präventive Angebote einsetzen, desto mehr Ressourcen der Eltern können aktiviert, Gefahren erkannt bzw. vermieden werden. „Schon in der Schwangerschaft kann die Mutter-Kind-Bindung gefördert, die Feinfühligkeit der Eltern geschult und Hindernisse für die Bindung erkannt und thematisiert werden. Feinfühlige Eltern, die die Bedürfnisse ihrer Kinder erkennen und gelernt haben, sich in Überforderungssituationen kompetente Hilfe zu erfragen, sind der beste Schutz für ihre Kinder.“ (Nieting, 2010, [online])

Mehr Emotionalität und Offenheit einerseits und eine weitreichende Anerkennung der postpartalen Depression andererseits wären für alle Beteiligten sehr hilfreich.

Literaturverzeichnis

Caritasverband Leipzig e.V. [online]. verfügbar unter: www.ocvleipzig.caritas.de
[19.12.2011]

Deutsches Bündnis gegen Depressionen e.V. [online]. verfügbar unter:
www.buendnis-depression.de [10.10.2011]

Dilling, H., Freyberger, H.J. (Hg.) (2006). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. 3.Aufl., Bern: Verlag Hans Huber

Dohmen, Ute (2007). Postpartale psychische Erkrankungen: Therapeutische Möglichkeiten unter dem besonderen Aspekt der Mutter-Kind-Beziehung. 1.Aufl., Saarbrücken: VDM, Müller

Fiegl, Jutta (2006). Postpartale Depression aus psychotherapeutischer Sicht und Strategien der Behandlung. In: Wimmer-Puchinger, Beate; Riecher-Rössler, Anita (Hg.) (2006). Postpartale Depression: Von der Forschung zur Praxis. 1.Aufl., Wien: Springer-Verlag

Gelbe Seiten [online]. verfügbar unter: www.gelbeseiten.de [10.09.2011]

Gmür, Pascale (2000). Mutterseelenallein. Erschöpfung und Depression nach der Geburt. ergänzte Neuauflage, Zürich: verlag pro juventute

Grossbichler-Ulrich, Renate (2006). Die Rolle der Hebamme in der Arbeit mit psychisch belasteten Frauen oder Frauen mit einem Risiko für eine Erkrankung. In: Wimmer-Puchinger, Beate; Riecher-Rössler, Anita (Hg.) (2006). Postpartale Depression: Von der Forschung zur Praxis. 1.Aufl., Wien: Springer-Verlag

Hebammensuche [online]. verfügbar unter: www.hebammensuche.de
[10.09.2011]

Lohse, Tina (2008). Hilfe, ich kann mein Kind nicht lieben. Postpartale Depression: Krankheitsbild, Verlauf, Ursachen, Therapiemöglichkeiten. 1.Aufl., Hamburg: Diplomica Verlag GmbH

Marcè-Gesellschaft [online]. verfügbar unter: www.marce-gesellschaft.de [10.09.2011]

Mayring, P. (2002). Einführung in die Qualitative Sozialforschung. 5.Aufl., Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Nieting, Angela (14.04.2010). Positionspapier des Deutschen Hebammenverbandes. Förderung der Eltern-Kind-Bindung ist der beste Kinderschutz., o.V. [online]. verfügbar unter: <http://www.hebammenverband.de/index.php?id=788>

Oddo, S., Klinger, D., Würzburg, J. ...(2008). Postpartale Depression: Ein interdisziplinärer Therapie- und Forschungsansatz. In: Journal für Gynäkologische Endokrinologie. Gablitz: Verlag für Medizin und Wirtschaft. Heft-Nr. 18(3), S.11-17

Pedrina, Fernanda (2006). Mütter und Babys in psychischen Krisen. Forschungsstudie zu einer therapeutisch geleiteten Mütter-Säugling-Gruppe am Beispiel postpartaler Depression. 1.Aufl., Frankfurt am Main: Brandes und Apsel

Petzold, Anne (2009). Tränen statt Mutterglück - ... wie Familien mit postpartalen Depressionen umgehen. In: Gesundheit und mehr... Das Patientenmagazin des Universitätsklinikums Leipzig. Leipzig: Leipziger Verlags- und Druckereigesellschaft mbH & Co. KG. Heft-Nr. 17, S.4f.

Prager-Eltern-Kind-Programm [online]. verfügbar unter: www.pekip.de [19.12.2011]

Reck, Corinna (2007). Postpartale Depression: Mögliche Auswirkungen auf die frühe Mutter-Kind-Interaktion und Ansätze zur psychotherapeutischen Behandlung.

In: Prax.Kinderpsychol.Kinderpsychiat., Vandenhoeck & Ruprecht. Heft-Nr.56, S.327ff.

Riecher-Rössler, Anita (2006). Was ist postpartale Depression. In: Wimmer-Puchinger, Beate; Riecher-Rössler, Anita (Hg.) (2006). Postpartale Depression: Von der Forschung zur Praxis. 1.Aufl., Wien: Springer-Verlag

SAFE Leipzig [online]. verfügbar unter: www.safe-leipzig.de [19.12.2011]

Schatten & Licht e.V. [online]. verfügbar unter: www.schatten-und-licht.de [10.09.2011]

Schwarz-Gerö, Josephine (2006). Postpartale Depression und Säuglingspsychosomatik – Interaktion und Therapie. In: Wimmer-Puchinger, Beate; Riecher-Rössler, Anita (Hg.) (2006). Postpartale Depression: Von der Forschung zur Praxis. 1.Aufl., Wien: Springer-Verlag

Sozialpädiatrisches Zentrum Leipzig [online]. verfügbar unter: www.spz-leipzig.de [19.12.2011]

Statistisches Bundesamt (2011). Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle). Fachserie 12 Reihe 6.2.1. Wiesbaden: o.V.

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (o.J.). Jährlich erhobene Krankenhausstatistik (Bundesstatistik) – Teil II, Diagnosestatistik. Kamenz: o.V.

Wege e.V. [online]. verfügbar unter: www.wege-ev.de [19.12.2011]

Wimmer-Puchinger, Beate (2006). Prävention von postpartalen Depressionen – Ein Pilotprojekt des Wiener Programms für Frauengesundheit. In: Wimmer-Puchinger, Beate; Riecher-Rössler, Anita (Hg.) (2006). Postpartale Depression: Von der Forschung zur Praxis. 1.Aufl., Wien: Springer-Verlag

Yasni [online]. verfügbar unter: www.yasni.de [10.09.2011]

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

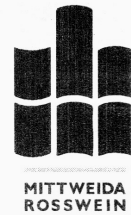
Bad Lausick, 06.01.2012

Anhang

<u>Inhaltsverzeichnis</u>	Seite
1. Anschreiben an die Hebammen	II
2. Fragebogen für die Hebammen	III
3. Auswertung der Hebammenbefragung	IV
4. Interviewleitfaden für die Experteninterviews in den Kliniken	X
5. Interview im Krankenhaus Zschadraß am 18.10.2011, mit drei Expertinnen	XII
6. Interview im Sächsischen Krankenhaus Altscherbitz am 20.10.2011, mit einer Expertin	XIX
7. Interview im Universitätsklinikum Leipzig am 17.11.2011, mit einer Expertin	XXX
8. Interview im Parkkrankenhaus Leipzig am 22.11.2011, mit einer Expertin	XXXVIII
9. Interviewleitfaden für das Interview in einer Praxis	XLI
10. Interview in einer Praxis am 23.11.2011, mit zwei Expertinnen	XLII

1. Anschreiben an die Hebammen

Hochschule Mittweida (FH)
University of Applied Sciences



Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst
Fakultät Soziale Arbeit

Bad Lausick, d.12.09.2011

Sehr geehrte Frau

Im Internet fand ich Ihre Adresse. Ich bin Studierende an der Hochschule Mittweida und im Rahmen meiner Masterarbeit des Studiengangs „Therapeutisch orientierte Soziale Arbeit mit Kindern und Jugendlichen“ beschäftige ich mich mit dem Thema: „Mutter-Kind-Interaktion und Postpartale Depression: Bestandsaufnahme und Analyse der Hilfeangebote in Leipzig und Umgebung“.

Leider ist dieses Thema im Allgemeinen noch sehr unterbelichtet. Erst im Laufe der letzten Jahre hat es an Interesse gewonnen.

Da Sie als Hebamme, Mütter in der Schwangerschaft und nach der Geburt intensiv begleiten und somit wichtige Informationen zu diesem Thema liefern können, führe ich eine Stichprobe unter den Hebammen im Raum Leipzig durch, um die Relevanz, die Häufigkeit und vorhandene Hilfeangebote der Region zu erfassen und später zu analysieren.

Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie den beiliegenden Fragebogen zeitnah, spätestens bis zum 08.10.2011, anonym ausfüllen würden, und mir im beiliegenden frankierten Briefumschlag zurückschicken würden. Meine Anschrift für die Rücksendungen ist Folgende: Damaris Bartsch, Leipziger Str. 11, 04651 Bad Lausick. Die Bearbeitungszeit dauert ca. 10 Minuten.

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen,

D. Bartsch

gez. Prof.Dr.Dr.Günter Zurhorst

Büro:
Döbelner Str. 58
04741 Roßwein
Tel. 034322 48671
Fax. 034322 48653
e-mail:
zurhorst@htwm.de

Postanschrift:
Döbelner Str. 58
04741 Roßwein

2. Fragebogen für die Hebammen

Fragebogen für Hebammen in Leipzig / im Leipziger Land

1. Kennen Sie sich mit postpartalen psychischen Erkrankungen aus?
- ☐ ja
☐ nein
☐ teilweise
2. Werden Fortbildungen zum Thema 'Postpartale Depression' in der Leipziger Region angeboten?
- ☐ ja
☐ nein
☐ ist mir nicht bekannt
3. Haben Sie an einer solchen Fortbildung teilgenommen?
- ☐ ja ☐ nein
4. Klären Sie die Mütter in den Vorsorgeterminen bzw. in den Geburtsvorbereitungskursen über mögliche postpartale psychische Erkrankungen auf?
- ☐ ja
☐ teilweise
☐ nein
5. Wie schätzen Sie Folgendes ein: Wie viele Mütter leiden an einer postpartalen Depression?
- ☐ < 5%
☐ 5-10%
☐ 10-15%
☐ >15%
6. Wie bemerken Sie bei Müttern Anzeichen einer postpartalen Depression?
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Traurigkeit | <input type="checkbox"/> Energiemangel |
| <input type="checkbox"/> inneres Leergefühl | <input type="checkbox"/> Teilnahmslosigkeit |
| <input type="checkbox"/> ambivalente Gefühle dem Kind gegenüber | <input type="checkbox"/> Hoffnungslosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Suizidgedanken | <input type="checkbox"/> Desinteresse |
| <input type="checkbox"/> Reizbarkeit | <input type="checkbox"/> Ängste |
7. Empfehlen Sie bei Verdacht einer Postpartalen Depression professionelle Hilfe?
- ☐ ja ☐ nein

8. Wenn ja, welche Hilfe empfehlen Sie betroffenen Müttern?

- ☐ Ärztliche Hilfe (Hausarzt)
☐ ambulante psychotherapeutische Hilfe
☐ stationäre Hilfe
☐ sonstige (welche?)

9. Werden Sie von Angehörigen oder Müttern konkret um Hilfe gebeten, aufgrund postpartaler psychischer Erkrankungen?

- ☐ ja ☐ nein

10. Sind Ihnen ambulante Hilfeangebote in Ihrer Region bekannt?

- ☐ ja ☐ nein

10.1 Wenn ja, welche?

11. Sind Ihnen stationäre Hilfeangebote in Ihrer Region bekannt?

- ☐ ja ☐ nein

11.1 Wenn ja, welche?

3. Auswertung der Hebammenbefragung

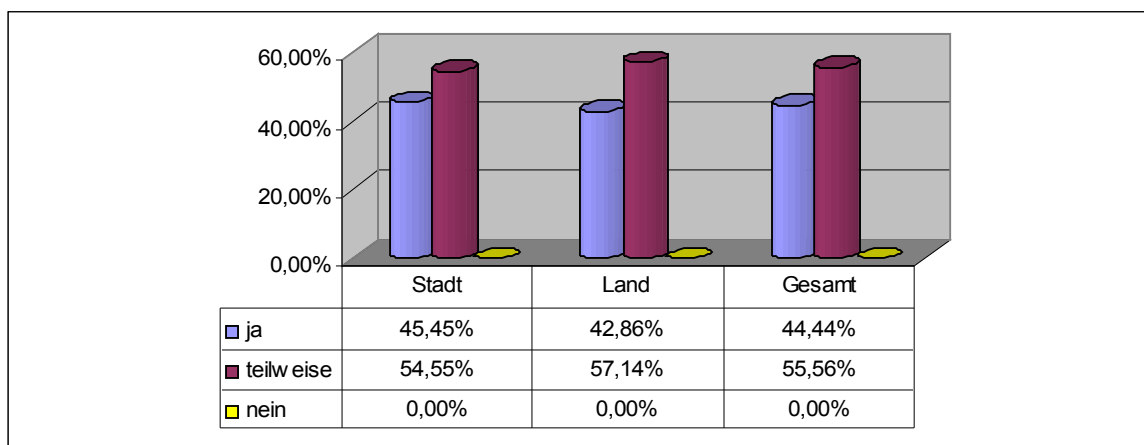
Früherkennung von postpartalen Depressionen

Auswertung der Hebammenbefragung

	Briefe verschickt	Empfänger unbekannt	Rückläufe	keine Antwort
Leipzig Stadt	40	7	22	11
Landkreis Leipzig	21	2	14	5
Gesamt	61	9	36	16

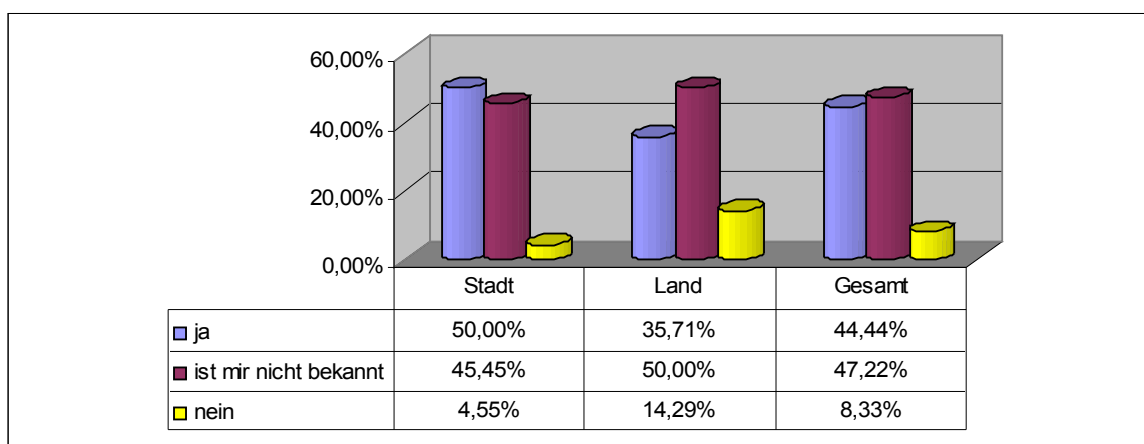
1. Kennen Sie sich mit postpartalen psychischen Erkrankungen aus?

Leipzig	Stadt	Land	Gesamt			
Befragte Hebammen	40	21	61			
Antworten	22	14	36			
ja	10	6	16	45,45%	42,86%	44,44%
teilweise	12	8	20	54,55%	57,14%	55,56%
nein	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%



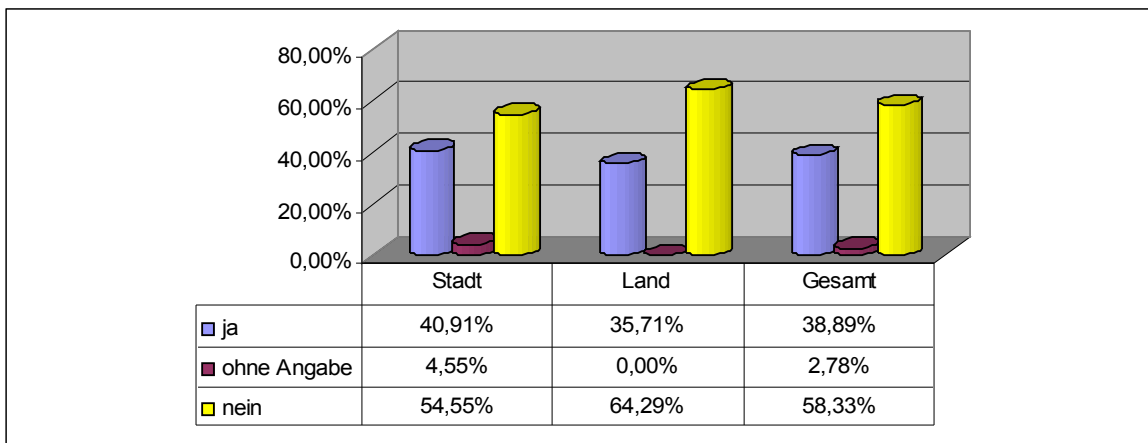
2. Werden Fortbildungen zum Thema 'Postpartale Depression' in der Leipziger Region angeboten?

Leipzig	Stadt	Land	Gesamt			
Befragte Hebammen	40	21	61			
Antworten	22	14	36			
ja	11	5	16	50,00%	35,71%	44,44%
ist mir nicht bekannt	10	7	17	45,45%	50,00%	47,22%
nein	1	2	3	4,55%	14,29%	8,33%



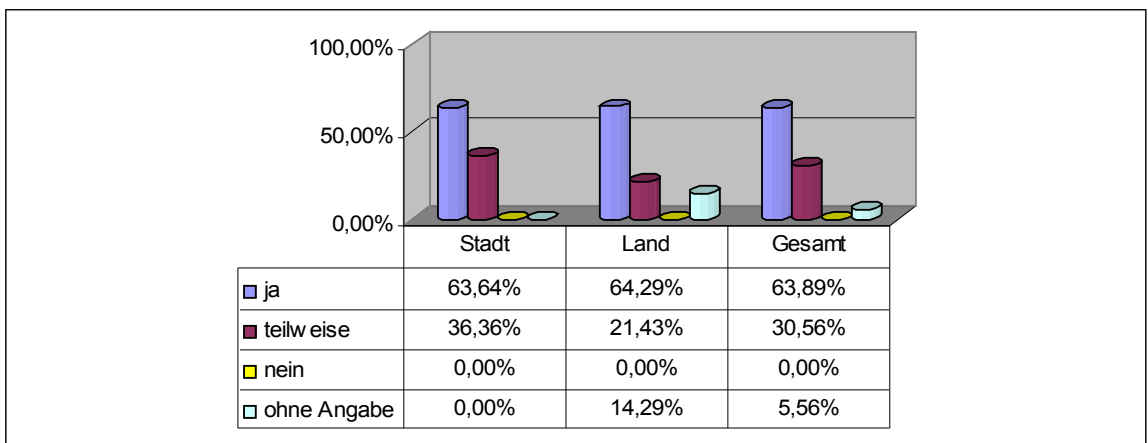
3. Haben Sie an einer solchen Fortbildung teilgenommen?

Leipzig	Stadt	Land	Gesamt			
Befragte Hebammen	40	21	61			
Antworten	22	14	36			
ja	9	5	14	40,91%	35,71%	38,89%
ohne Angabe	1	0	1	4,55%	0,00%	2,78%
nein	12	9	21	54,55%	64,29%	58,33%



4. Klären Sie die Mütter in den Vorsorgeterminen bzw. in den
Geburtsvorbereitungskursen über mögliche postpartale
psychische Erkrankungen auf?

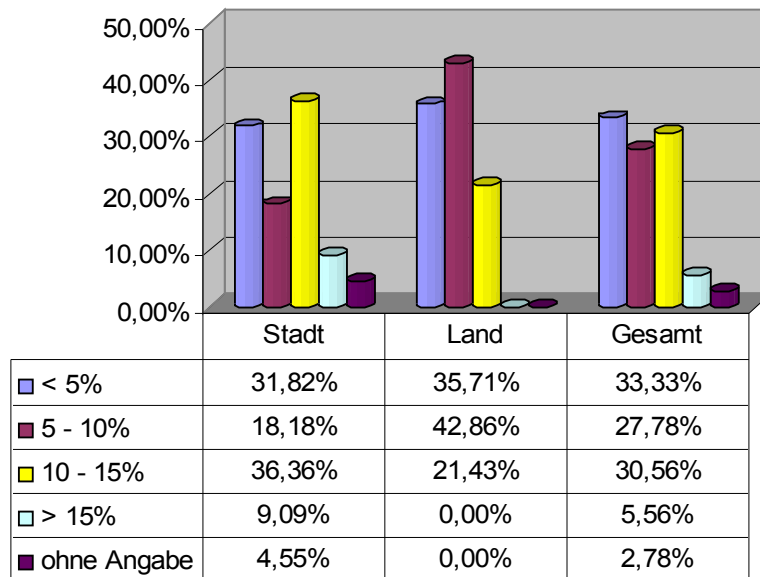
Leipzig	Stadt	Land	Gesamt			
Befragte Hebammen	40	21	61			
Antworten	22	14	36			
ja	14	9	23	63,64%	64,29%	63,89%
teilweise	8	3	11	36,36%	21,43%	30,56%
nein	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
ohne Angabe	0	2	2	0,00%	14,29%	5,56%



5. Wie schätzen Sie folgendes ein:

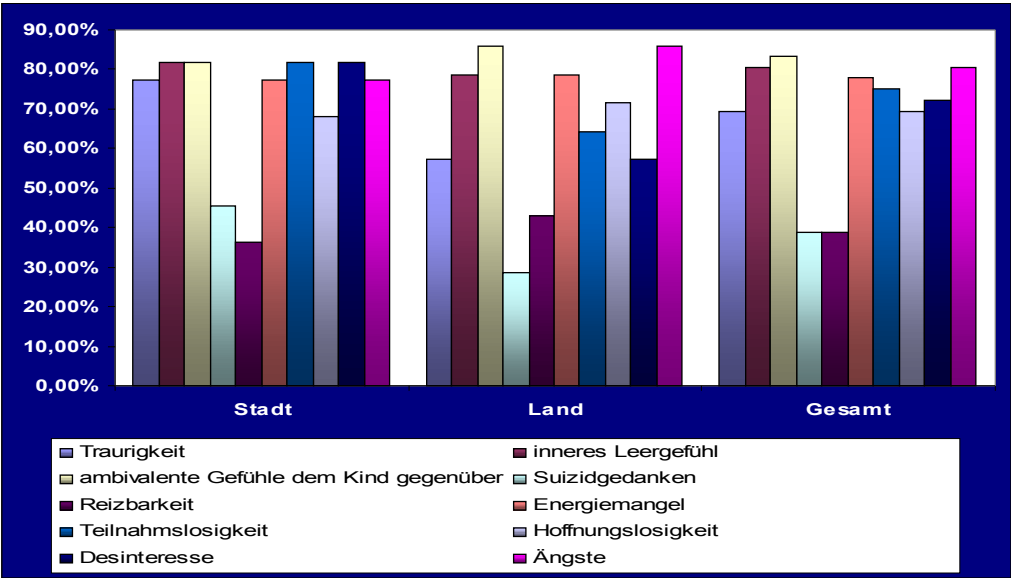
Wie viele Mütter leiden an einer postpartalen Depression?

Leipzig	Stadt	Land	Gesamt			
Befragte Hebammen	40	21	61			
Antworten	22	14	36			
< 5%	7	5	12	31,82%	35,71%	33,33%
5 - 10%	4	6	10	18,18%	42,86%	27,78%
10 - 15%	8	3	11	36,36%	21,43%	30,56%
> 15%	2	0	2	9,09%	0,00%	5,56%
ohne Angabe	1	0	1	4,55%	0,00%	2,78%



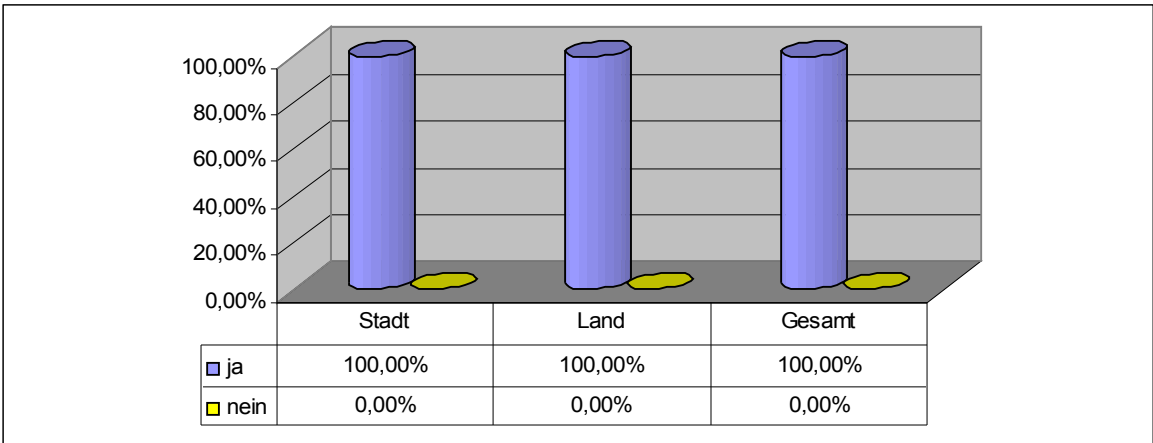
6. Wie bemerken Sie bei Müttern Anzeichen einer postpartalen Depression?

Leipzig	Stadt	Land	Gesamt			
Befragte Hebammen	40	21	61			
Antworten	22	14	36			
Traurigkeit	17	8	25	77,27%	57,14%	69,44%
inneres Leergefühl	18	11	29	81,82%	78,57%	80,56%
ambivalente Gefühle dem Kind gegenüber	18	12	30	81,82%	85,71%	83,33%
Suizidgedanken	10	4	14	45,45%	28,57%	38,89%
Reizbarkeit	8	6	14	36,36%	42,86%	38,89%
Energiemangel	17	11	28	77,27%	78,57%	77,78%
Teilnahmslosigkeit	18	9	27	81,82%	64,29%	75,00%
Hoffnungslosigkeit	15	10	25	68,18%	71,43%	69,44%
Desinteresse	18	8	26	81,82%	57,14%	72,22%
Ängste	17	12	29	77,27%	85,71%	80,56%



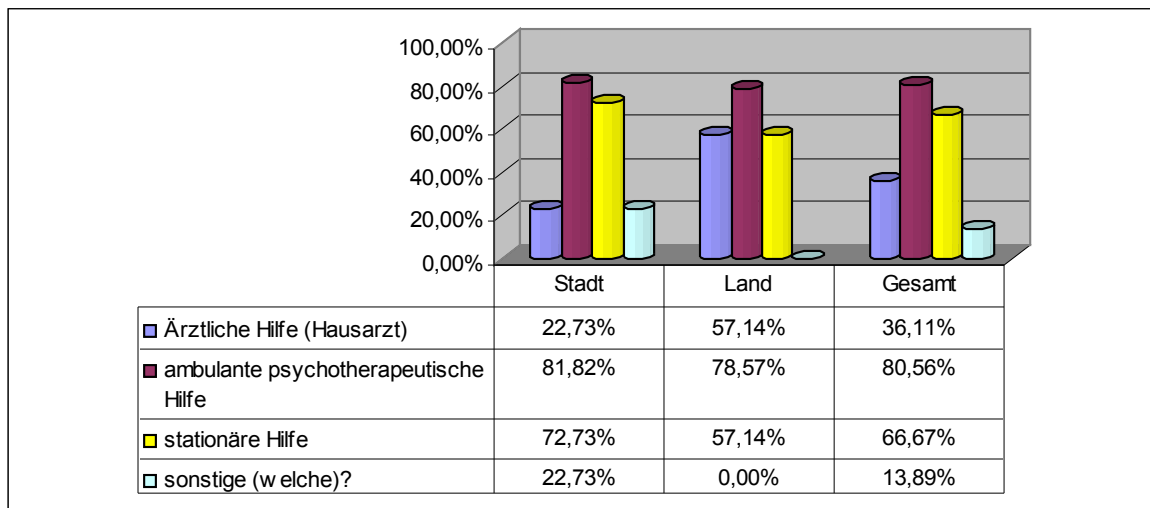
7. Empfehlen Sie bei Verdacht einer postpartalen Depression professionelle Hilfe?

Leipzig	Stadt	Land	Gesamt			
Befragte Hebammen	40	21	61			
Antworten	22	14	36			
ja	22	14	36	100,00%	100,00%	100,00%
nein	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%



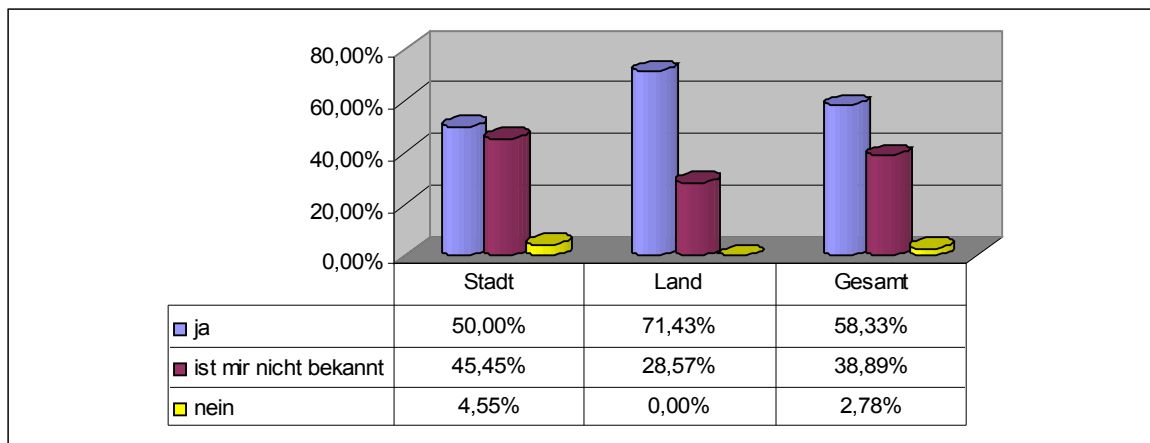
8. Wenn ja, welche Hilfe empfehlen Sie betroffenen Müttern?

Leipzig	Stadt	Land	Gesamt			
Befragte Hebammen	40	21	61			
Antworten	22	14	36			
Ärztliche Hilfe (Hausarzt)	5	8	13	22,73%	57,14%	36,11%
ambulante psychotherapeutische Hilfe	18	11	29	81,82%	78,57%	80,56%
stationäre Hilfe	16	8	24	72,73%	57,14%	66,67%
sonstige (welche)?	5	0	5	22,73%	0,00%	13,89%



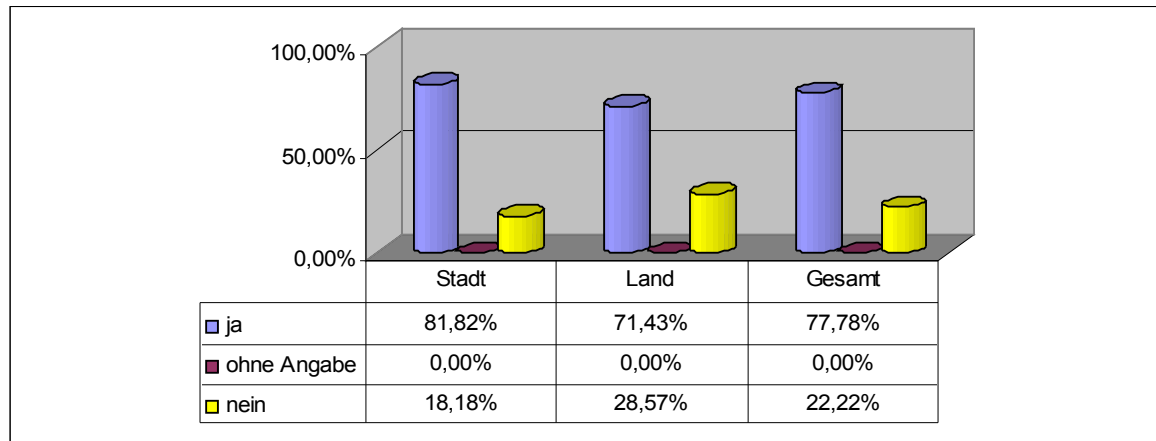
9. Werden Sie von Angehörigen oder Müttern konkret um Hilfe gebeten aufgrund postpartaler psychischer Erkrankungen?

Leipzig	Stadt	Land	Gesamt			
Befragte Hebammen	40	21	61			
Antworten	22	14	36			
ja	11	10	21	50,00%	71,43%	58,33%
ist mir nicht bekannt	10	4	14	45,45%	28,57%	38,89%
nein	1	0	1	4,55%	0,00%	2,78%



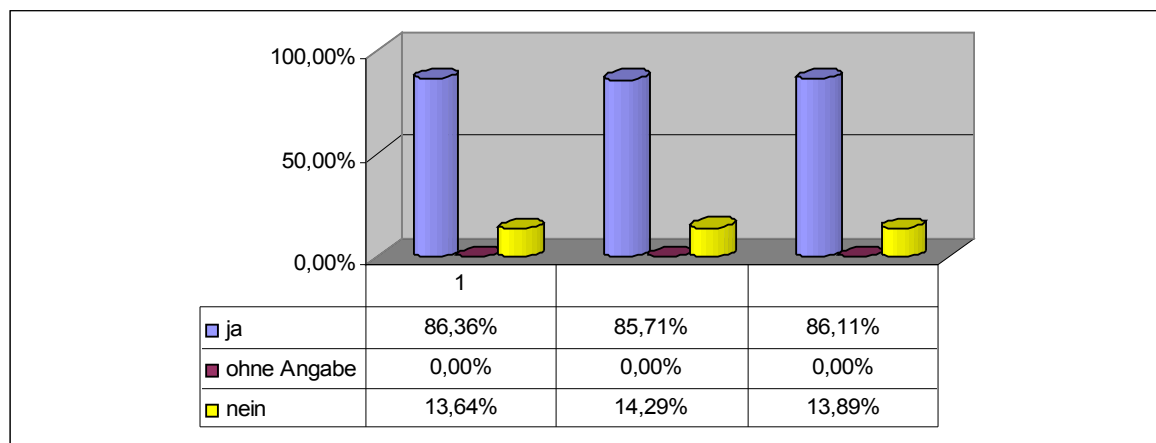
10. Sind Ihnen ambulante Hilfsangebote in Ihrer Region bekannt?

Leipzig	Stadt	Land	Gesamt			
Befragte Hebammen	40	21	61			
Antworten	22	14	36			
ja	18	10	28	81,82%	71,43%	77,78%
ohne Angabe	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
nein	4	4	8	18,18%	28,57%	22,22%



11. Sind Ihnen stationäre Hilfsangebote in Ihrer Region bekannt?

Leipzig	Stadt	Land	Gesamt			
Befragte Hebammen	40	21	61			
Antworten	22	14	36			
ja	19	12	31	86,36%	85,71%	86,11%
ohne Angabe	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
nein	3	2	5	13,64%	14,29%	13,89%



4. Interviewleitfaden für die Experteninterviews in den Kliniken

Thema der Masterarbeit:

„Mutter-Kind-Interaktion und postpartale Depression: Bestandsaufnahme und Analyse der Hilfeangebote in Leipzig und Umgebung“

1. Gesprächseinstieg:

- **kurze Vorstellung meiner Person:** Damaris Bartsch, Studierende an der HS Mittweida – Studiengang „Therapeutisch orientierte Soziale Arbeit mit Kindern und Jugendlichen“ - Masterarbeit zum o.g. Thema
- **Begründung der Audioaufnahme:** zum Verschriftlichen des Interviews und zur Analyse für die Masterarbeit – **Einholen des Einverständnisses**
- (evtl. anbieten, im Frühjahr 2012 digitale Form der Arbeit zu erhalten)
- Hinweis auf **Anonymität**
- **Gesprächsdauer:** ca. 1 Stunde
- **Interviewverfahren:** Experteninterview (offene Befragung, lässt frei zu Wort kommen, Nachfragemöglichkeit, entlang vieler Fragen)
- Fragestellung des Interviews:
Welche Hilfeangebote für betroffene Mütter und Kinder einer postpartalen Depression gibt es bei Ihnen?

2. Hauptteil des Interviews:

Fragen zum Rahmen:

1. Sie haben Hilfeangebote für Mütter, die von einer postpartalen Depression betroffen sind, und deren Kinder. Welche Art der Hilfe bieten Sie an? (*grobe Info: z.B. stationäre, ambulante, teilstationäre Angebote etc.*)
2. Wen nehmen Sie in Ihrem Hilfeangebot auf? Gibt es bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen? (*Zielgruppe*)
3. Wie werden Betroffene auf Ihr Hilfeangebot aufmerksam? (*Vernetzung*)
4. Wie lange begleiten Sie betroffene Mütter mit Ihren Kindern?
5. Wie ist die Auslastung Ihres Angebotes?
6. Wie hoch ist der Leidensdruck der betroffenen Mütter, wenn Sie zu Ihnen kommen und Hilfe suchen?
7. Werden betroffene Mütter sofort behandelt oder haben sie Wartezeiten? (wie lange Wartezeiten?)

Fragen zum Inhalt:

1. Welche therapeutischen Mittel nutzen Sie? (*falls Psychotherapie: Welche Form der Psychotherapie findet bei Ihnen statt? (TP, VT – evtl. Gruppentherapie, medikamentöse Behandlung...?)*)
2. Welche Rolle spielt bei Ihnen die Aufklärung über die Erkrankung und wann findet Sie statt?
3. Welche Rolle spielt in Ihrem Angebot das betroffene Kind?
 1. Ist das Kind immer bei der Mutter oder gibt es auch babyfreie Zeiten?
 2. Wer stellt die Versorgung des Kindes sicher?
 3. Gibt es Situationen, in denen Sie Mutter und Kind trennen?
4. Werden die Mütter zeitweise von der Säuglingspflege entlastet und bekommen Sie praktische Anleitung und Hilfe?
5. Was wird für die Etablierung einer guten Mutter-Kind-Beziehung getan? (*z.B. Mutter-Kind-Spieltherapie? Babymassage?...?*)
6. Wodurch verändert sich Ihrer Meinung nach die Mutter-Kind-Interaktion zum Positiven? Was sind dabei wichtige Momente?
7. Welche Rolle spielen bei Ihnen nahe Bezugspersonen? (*z.B. Vater, Oma...*)
 1. Finden Paarberatungen bzw. Beratung der Bezugspersonen statt?

Fragen zum Ausblick:

1. Wann und wie beenden Sie Ihr Hilfeangebot?
2. Arbeiten Sie interdisziplinär mit KollegInnen zusammen?
3. Was sind Erfolge Ihrer Arbeit?
4. Was empfehlen Sie den Betroffenen nach der Behandlung? Schließt sich eine andere Hilfe an?

Zusammenfassende Fragen:

1. Was steht im Zentrum Ihres Hilfeangebotes?
2. Was zeichnet Ihr Hilfeangebot aus?
3. Womit sind Sie unzufrieden?
4. Was ist für betroffene Mütter besonders wichtig und hilfreich?
5. Was ist für betroffene Kinder besonders wichtig und hilfreich?

Kritische Fragen zum Angebot:

1. Sind Sie mit Ihrem Angebot zufrieden? Ist das Angebot so gut und ausreichend?
2. Wie sind Ihre Erfolge?
3. Empfinden Sie das Thema der postpartalen Depression gesellschaftlich immer noch so schambesetzt, wie vor einigen Jahren?

3. Zusammenfassung:

- Bogen über gesamtes Interview spannen – was war die Botschaft des Gesprächs?
- Gibt es noch Ergänzungen des Interviewpartners?

4. Gesprächsabschluss

- Danke für die Bereitschaft, Interview zu geben

5. Interview im Krankenhaus Zschadraß am 18.10.2011, mit drei Expertinnen

<i>Interviewer</i>	=	<i>I</i>
<i>befragte Person 1</i>	=	<i>A</i>
<i>befragte Person 2</i>	=	<i>B</i>
<i>befragte Person 3</i>	=	<i>C</i>

- I:* Sie haben Hilfeangebote für Mütter, die von einer postpartalen Depression betroffen sind, und deren Kinder. Welche Art der Hilfe bieten Sie an?
- B:* Wir haben regulär ein Mutter-Kind-Zimmer hier bei uns in der Klinik, aber dann noch zwei zum Aufstocken, sagen wir mal. In Hochphasen haben wir bis zu vier Kindern hier gehabt.
- A:* Ein komplexes Angebot, denke ich, das sich an viele psychische Störungen richtet – postpartal, von der Depression über leichtere Formen, wie Anpassungsstörungen, Psychosen und auch Persönlichkeitsstörungen, die wir hier haben. Es ist ein multiprofessionelles Team, bestehend aus Ärzten, Psychologen, Krankenschwestern, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten – beispielsweise, sind auch mit einbezogen –
- B:* ...Sozialarbeiter sind auch ganz wichtig.
- I:* Wen nehmen Sie in Ihrem Hilfeangebot auf? Gibt es bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen?
- B:* Eigentlich immer ein Elternteil mit Kind – das könnte auch ein alleinerziehender Vater sein. Das Kind sollte nicht älter als drei Jahre alt sein.
- I:* Hatten Sie schon mal einen Vater hier?
- B:* Ja.
- A:* Das Elternteil sollte sich schon in gewisser Weise um das Kind kümmern können. Es gibt hier keine ausschließliche Versorgung durch die Schwestern und das Kind muss weitestgehend gesund sein, keine schwereren Erkrankungen.
- I:* Wie werden die Betroffenen auf Ihr Hilfeangebot aufmerksam?
- C:* Das lief über eine Informationsveranstaltung, Flyer sind ausgeteilt worden und jetzt mittlerweile hat es sich herumgesprochen, sodass Gesundheitsämter, niedergelassenen Therapeuten das Angebot kennen.
- I:* Kommen die Mütter und Kinder hauptsächlich aus der Region, hier?
- A:* Muldental.
- C:* Richtung Chemnitz ist noch recht häufig, Freiberg.
- I:* Es ist also ein relativ großes Einzugsgebiet?
- A:* Ja.
- B:* Ja.
- I:* Wie lange begleiten Sie so die betroffenen Mütter mit Kindern?
- A:* Das ist ganz unterschiedlich. Das hängt auch vom psychischen Befinden der Mutter ab, oder des potenziellen Vaters. Das kann im Durchschnitt zwischen vier und acht Wochen liegen, zeitweise auch deutlich länger. Wir hatten auch schon Mütter hier, die über drei Monate hier waren.
- I:* Also es streckt sich von drei Wochen bis zu drei Monaten?
- A:* Mm, besonders wenn es schwerere psychotische Störungen waren.
- I:* Und, wie ist die Auslastung?
- B:* Also, das eine Zimmer haben wir eigentlich zu 100% ausgelastet.
- I:* Ja.
- B:* Wir hatten aber auch zu Hochphasen schon vier Kinder da, oder drei.
- I:* Also, Sie versuchen das dann möglich zu machen, wenn der Bedarf größer ist und Anfragen kommen. Dann geht das relativ schnell, dass es mehr sein können?
- A:* Ja.
- B:* Ja.
- C:* Ja.

- I: Wie hoch ist der Leidensdruck der Mütter, wenn Sie zu Ihnen kommen?*
- B: Das ist auch unterschiedlich. Das hängt vom Störungsbild natürlich wieder ab – das kann man jetzt so pauschal gar nicht sagen. Wir hatten Mütter da, die ohne das Kind ganz gut funktioniert haben, aber in der Mutter-Kind-Beziehung Schwierigkeiten hatten und das dann hier behandeln ließen. Wir hatten aber auch Mütter, die unabhängig vom Kind sozusagen schwerwiegende psychotische Störungen hatten, zum Beispiel, wo der Leidensdruck natürlich sehr hoch war.
- I: Also ganz verschieden. Und ich nehme an, dass sie relativ schnell dann auch aufgenommen werden, dass es keine langen Wartezeiten gibt?*
- A: ...gerade wenn es auch schwerwiegende depressive oder psychotische Störungen sind oder eben eine geringe soziale Einbindung draußen, dass die Mutti wenig Hilfe hat.
- I: Das geht relativ zeitnah, wenn sie die Anfrage bekommen, dann..?*
- A: Ja, ich denke so ein bis zwei Wochen, oder so, in dem Schnitt.
- B: Würde ich denken.
- C: Ja.
- I: Das ist ja schnell. Welche therapeutischen Mittel nutzen Sie dann für die betroffenen Mütter und Kinder?*
- B: Das ist einmal das therapeutische Gespräch natürlich, na – mit dem Psychologen oder Arzt halt, dem Stationsarzt. Es gibt die Möglichkeit für die Mütter, an den Gruppentherapien hier mit teilzunehmen.
- I: ...die im Haus stattfinden?*
- B: Genau, eine bestimmte Psychoedukation zu erhalten, zu den bestimmten Störungsbildern Entspannungsverfahren zu erlernen, oder an der Ergotherapie mit teilzunehmen, am Sport – also in der Physiotherapie mit teilzunehmen. Wir versuchen das natürlich am Anfang, wenn die Mütter neu hier sind, das zu beschränken, ein bisschen, dass erst mal die Mutter-Kind-Interaktion und -Beziehung im Vordergrund steht, dass sich das Kind hier einleben kann. Aber dann besteht auch die Möglichkeit, dass sich das Pflegepersonal um das Kind kümmert und die Mutter an Therapien teilnehmen kann. - je nach Notwendigkeit.
- I: Was ist sonst hier auf der Station? Sind das Depressionen?*
- A: Das ist ganz verschieden - eine gemischte Station, allgemein Psychiatrisch.
- I: Was sind das für Gruppenangebote?*
- B: Meist Störungsspezifische. Also, da kommen dann von allen Stationen der Einrichtung sozusagen, die speziellen Patienten zusammen, die das Angebot gern wahrnehmen würden. Genau. Ergotherapie wäre dann stationsspezifisch und auch Sport stationsspezifisch.
- A: ...oder an Gesprächsgruppen zusätzlich teilzunehmen.
- B: Genau.
- I: Haben Sie jeden Tag etwas Bestimmtes oder ist das ganz individuell? Das ist ja sicherlich ganz unterschiedlich, wie die Patienten drauf sind. Wenn sie ziemlich schlecht drauf sind...*
- A: Das passen wir individuell an, im Therapieplan, je nach Belastbarkeit der Mutti und Störungsbild.
- B: Das wird dann auch mit der Mutti zusammen erstellt – im Therapieplan.
- I: Welche Rolle spielt bei Ihnen die Aufklärung der Erkrankung. Findet sie statt und in welchem Rahmen oder Zeitpunkt?*
- B: Meist zu Beginn, wenn die Mutter schon aufnahmefähig ist, soweit. Meist zu Beginn der Behandlung, einmal im psychologischen Gespräch und dann aber auch wie gesagt in den Psychoedukationsgruppen, wo auch nochmal sehr umfangreiche Aufklärung erfolgt.
- I: Das ist ja glaube ich häufig so, dass sie dann auch so hohe Schuldgefühle haben*

und erst mal entlastet sind, wenn sie wissen, das gehört irgendwie auch zu dieser Störung, ne?

B: Mm. ...und es geht auch nicht nur mir alleine so, sondern es gibt noch andere, das gibt auch nochmal ein bisschen Entlastung.

I: *Und welche Rolle spielt das Kind in dem Angebot hier? Ist das Kind immer dabei oder größtenteils bei der Mutter oder zwischendurch auch mal...*

A: Also, wenn die Mutti soweit ist, dass sie an den Therapien teilnehmen kann, wird das Kind in der Zeit vom Pflegepersonal betreut.

I: *aber grundsätzlich ist das Kind immer bei der Mutter. Also – es gibt jetzt keine babyfreien Zeiten, sage ich mal.*

C: Das ist individuell. Wenn die Mütter signalisieren, sie brauchen jetzt Ruhe, dann nehmen wir das Kind ab. Aber es gibt keine festgelegten Zeiten dafür.

I: *Das Ziel ist eigentlich schon, dass das Kind bei seiner Mutter ist, nur wenn sie mal wirklich fertig ist, oder so?*

C: Ja.

A: Und es wird auch in die Therapien mit eingebunden, teilweise, auch in ergotherapeutische Maßnahmen.

B: Die Möglichkeit gibt es.

A: Zumindest ist es möglich, dass das Kind mit kann, dass auch Dinge fürs Kind gemacht werden.

C: Die Physiotherapie macht auch Übungen mit Kind, also je nach Alter des Kindes, auch ob der Ball schon mal bis zum Kind gerollt werden kann und zurück oder ob das Kind eben jetzt von der Mutti gehalten wird oder ob es in Form der Rückbildungsgymnastik läuft, oder so.

I: *Ah ja. Das hört sich sehr individuell an, also ich meine flexibel – angepasst.*

C: Ja.

I: *Und die Versorgung des Kindes? Stellt die die Mutter hauptsächlich sicher oder guckt da das Pflegepersonal? Also ich könnte mir vorstellen, wenn eine Mutter sehr schwer krank ist, sehr schwer depressiv ist oder psychotisch – dann könnte das ja auch eine Gefahr sein?*

C: Ja, das muss man dann auch von Fall zu Fall unterscheiden. Am Anfang ist es manchmal, das fast ein Pflegepersonal die ganze Zeit im Zimmer bleiben muss und dann mit Besserung des Zustandes der Mutter nehmen wir uns dann zurück.

I: *Sie haben das schon im Gefühl, sozusagen? Am Anfang intensiv, sie sehen das dann wahrscheinlich schon, wie sicher oder kritisch das Ganze ist.*

C: Ja, lieber mal mehr hin geguckt, als zu wenig.

I: *Gibt es Situationen, in denen Sie das Kind von der Mutter trennen, weil eine Gefahr besteht oder gab es das schon?*

C: Nein, wenn das so wäre, müsste das Kind für die Zeit woanders untergebracht werden, bis die Mutter dann soweit behandelt ist, dass sie dann für das Kind sorgen kann. Also, wir hatten mal eine Mutter, die war Epileptikerin und das ließ sich schwer vereinbaren. Nachts, wenn die immer aufstehen musste, da hat das Kind dann bei uns geschlafen, im Schwesternzimmer und sie hat es tagsüber versorgt. Aber ansonsten kümmert sich die Mutter selbst.

I: *Sie sagten, das ist jetzt seit 2007 das Angebot? Da haben Sie sicher schon viele Erfahrungen, inzwischen gesammelt. Und die Säuglingspflege übernimmt die die Mutter selbst und auch die praktische Seite der Pflege des Kindes oder wird das eher vom Personal gemacht?*

C: Nee, das soll schon auch die Mutti selbst übernehmen. Wir helfen gern mit, sind an der Seite und unterstützen, wo es nötig ist. Bei ganz Neugeborenen kommt auch teilweise eine Hebamme mit hinzu.

I: *Also, sie begleiten die Mutter erst, wenn Sie sehen, da sind noch Unsicherheiten und wenn Sie sehen, das klappt, dann macht sie das zunehmend selbst.*

C: Ja.

- A: Es gibt ja auch eine Kooperation mit Hebammen, sagten sie.
I: *Für die ganze Zeit?*
C: Nach Bedarf.
A: Je nachdem, wie es läuft.
I: *Sind das ambulante Hebammen?*
A: Na da wird konsiliarische Zusammenarbeit gemacht.
I: *Gibt es irgendetwas, was man so nennen könnte, was für die Etablierung einer guten Mutter Kind Beziehung getan wird? Sie sagten ja auch, dass es sehr um die Interaktion geht, auch.*
B: Ja, das wird vorrangig einerseits durch das Pflegepersonal gestaltet, denke ich. Durch die Unterstützung und die Hinweise, die die Patientin bekommt und andererseits auch durch Gespräche, in dem Sinne, dass die emotionale Bindung gefördert wird, zum Kind.
I: *Um welche Themen geht es da ganz grob?*
B: Das kann sein, Aufarbeitung von Traumata aus früherer Vergangenheit der Mutter. Dann speziell die Thematik angesprochen – ganz konkret angesprochen die Thematik.
I: *Von bis...?*
B: Ja, das ist je nach Patienten auch verschieden.
I: *Gibt es hier auch so eine Babymassage oder machen das dann eher die Hebammen, solche Sachen?*
C: Das macht die Physiotherapie mit.
I: *Ach so. Die machen da auch Babymassagen und so etwas?*
C: Ja.
I: *...und Spieltherapie? Gut, das kommt natürlich auch auf die Größe des Kindes an.*
C: Ja, also die Physiotherapie bringt sich da ganz gut mit ein. Wir hatten auch mal ein Kind mit so Spastiken und hatte eine Fehlstellung der Füße – das macht dann unsere Physiotherapie mit und lernt dann die Mütter mit an.
I: *Gibt es eine Spieltherapie, wenn die Kinder etwas größer sind?*
C: Ja, oder dann, das man die Mütter selbst animiert, aktiv zu werden. Wir haben im Garten noch einen Sandkasten und Bälle und Spielzeug für draußen, für den Sommer.
B: Die Spieltherapie ist ja eigentlich ein therapeutisches Verfahren und das bieten wir eigentlich so hier nicht an, weil wir ja eigentlich die Mutter behandeln und nicht das Kind.
I: *Das Kind ist mehr mit – mit der Mutter. Wodurch verändert sich Ihrer Meinung nach die Mutter-Kind-Interaktion zum Positiven? Was sind so wichtige Momente, wo Sie eine Veränderung bemerken, dass Mutter und Kind besser aufeinander abgestimmt sind?*
B: Einerseits bringt es die Zeit hier mit sich, also, dass die Mütter mit ihren Kindern hier Zeit verbringen – Intensivzeit verbringen – das ist ein ganz wichtiger Faktor, dass sie es hier lernen, eine Tagesstrukturierung einzuhalten – mit ihrem Kind zusammen. Dann bringt es ganz viel – die Patienten untereinander – es sind ja auch viele Mütter dabei – die helfen sich dann auch gegenseitig, die empfangen Tipps, können sich austauschen mit den anderen Müttern – das ist auch ein ganz wichtiger Punkt.
I: *...auch wieder viele verschiedene Seiten, die letztlich zusammen kommen...*
B: Das die natürlich auch merken, dass sie hier umfangreiche Unterstützung erfahren. Ein anderer Punkt wäre noch, dass gerade unsere Sozialarbeiterin auch viel für die nach stationäre Versorgung klärt, dass zum Beispiel Frühförderung beantragt werden kann, dass das Jugendamt und Familienhilfen mit eingeschaltet werden, dass eine Betreuung beantragt werden kann und solche Sachen. Es gibt auch ganz viel Sicherheit bei den Müttern.
I: *Es wird also immer geschaut, dass möglichst einiges für hinterher installiert wird?*

- B: Genau.
- I: *Welche Rolle spielen die nahen Bezugspersonen, zum Beispiel die Väter oder Omas oder was auch immer? Das können ja verschiedene sein.*
- B: Die haben natürlich Besuchsrecht jederzeit hier.
- A: Bei Familiengesprächen versuchen wir sie mit einzubeziehen, damit sie auch eine Bindung zum Kind mit bekommen.
- B: Genau.
- I: *Sind sie dann auch zum Teil bei den therapeutischen Gesprächen dabei?*
- B: Natürlich.
- I: *Findet das nach Bedarf oder Wunsch statt oder ist Ihnen das so wichtig, dass es generell stattfindet?*
- B: Das ist mal so, mal so. Manchmal wird der Bedarf durch die Angehörigen angemeldet, durch die Bezugspersonen. Manchmal sagen wir aber auch von uns, es wäre notwendig, da mal ein gemeinsames Gespräch zu führen.
- I: *Es kommt da sicherlich auch auf die Beziehung an, die vorhanden ist. Wann und wie beenden Sie die Hilfe? Wann werden die Frauen mit ihren Kindern entlassen? Wann ist das Signal für Sie, dass sie sagen, jetzt ist es soweit.*
- B: Wenn wir das Empfinden haben, dass sie jetzt nicht mehr stationär behandelt werden muss, wenn die Akutphase sozusagen überstanden ist, das jetzt sozusagen eine ambulante Weiterbehandlung möglich ist. Das sie soweit stabil ist.
- A: Wenn die Hilfen draußen auch organisiert sind, die Betreuung installiert ist, wenn wir das Gefühl haben – da ist auch in den Familien Hilfe da, dass es auch draußen gut weitergehen kann.
- I: *Wenn sie merken, das ist jetzt in guten Bahnen. Sie sagten ja schon, dass Sie viel mit Kollegen zusammen arbeiten, ne? Auch mit Psychiatern sicherlich. Was sind da alles nochmal die Stellen, die sie beschäftigen? Sie sagten schon Jugendamt, Familienhilfen, Hebammen – eigentlich die ganze Palette...*
- B: Ja genau, Frühförderung noch. Wir sind auch mit den perspektivischen Kindertagesstätten in Kontakt – also unsere Sozialarbeiterin.
- I: *Was sind Erfolge Ihrer Arbeit? Könnten Sie das so einschätzen? Das ist sicherlich schwierig zu sagen...*
- B: Wenn wir das Gefühl haben, dass...
- A: ...die Mutter stabilisiert ist, die Interaktion mit dem Kind gut funktioniert und manchmal haben wir ja auch noch eine Draufschau, wenn spätere Besuche noch da sind und dann eine Rückmeldung, dass es auch ambulant gut weitergeht.
- I: *Kommen sie dann freiwillig ab und zu noch her oder haben sie noch spätere Termine hier?*
- A: Es kommt darauf an, ob sie über die PIA weiter begleitet werden.
- B: Da kommen sie sowieso regelmäßig, einmal die Woche.
- I: *Das ist wohl auch hier, dann?*
- A: Das wäre im Haus hier möglich oder sie wohnen halt außerhalb. Dann gibt es auch über die Tagesklinik eine Ersatzmöglichkeit, über die PIA halt Termine wahrzunehmen.
- I: *Meine nächste Frage wurde im Prinzip auch schon beantwortet, was nach der Behandlung kommt, das sagten sie ja schon, dass es ganz viele Sachen sind. Vielleicht nun noch ein paar zusammenfassende Fragen. Was würden Sie sagen, steht im Zentrum des Hilfeangebotes? Das ist eigentlich auch schon gesagt worden. ...im Zentrum steht die Mutter – die Stabilisierung der Mutter, dass sie es dann perspektivisch auch wieder...*
- B: ...und bei der Unterstützung bei der Fürsorge für das Kind, das steht auch im Zentrum
- A: ...und der Bindungsaufbau, wenn der sozial bedingt gestört sein sollte.
- I: *Ist das eine Voraussetzung mit hierher zu kommen? Das ist sicherlich nicht anders*

- möglich. Es kann wahrscheinlich keine gute Bindung aufgebaut werden, bzw. keine gute Mutter-Kind-Interaktion bestehen, wenn es der Mutter so schlecht geht.*
- B: Nicht unbedingt. Wir hatten auch schon Patientinnen, die eine sehr gute Mutter-Kind-Bindung hatten, die aber eine Angststörung entwickelt haben, wo wir dann die Angststörung mit behandelt haben.
- I: *Wo aber grundsätzlich die Bindung bestand. Es ist nicht unbedingt zwangsläufig parallel.*
- B: Genau. Nicht zwangsläufig. Es soll nur durch den stationären Aufenthalt gewährleistet werden, dass die Mutter-Kind-Bindung nicht in dem frühen Alter des Kindes unterbrochen wird. Das gibt es auch manchmal.
- I: *Sind sie zufrieden, von dem, wie es in den letzten Jahren gelaufen ist. Haben Sie da gute Erfolge erzielt?...dass sie gesagt haben, das lohnt sich, das ist eine gute Sache oder gibt es auch Sachen, wo Sie unzufrieden sind und sagen, hier fehlt noch irgendetwas?*
- C: Eigentlich haben wir gute Erfahrungen gemacht.
- I: *Das wirkt jetzt auch so auf mich, dass sie ganz zufrieden mit der Sache sind?*
- A: Ja.
- I: *Gibt es Sachen, wo Sie sagen, das ist besonders wichtig und hilfreich für betroffene Mütter?*
- B: Besonders wichtig für sie ist, dass sie die Sicherheit haben, dass sie, wenn sie ihre Ruhe brauchen, dass sie dann jederzeit zum Pflegepersonal kommen können und sagen können, dass sich das Pflegepersonal mal bitte kurz um das Kind kümmern möchte.
- B: Das ist glaube ich ganz wichtig, diese Sicherheit hier zu haben.
- A: Das sind häufig auch ganz junge Mütter, die mehrere Kinder haben und in Überforderungssituationen sind. Da ist denke ich, ist eine Entlastung auch ganz wichtig.
- I: *Wird das häufig genutzt?*
- C: Unterschiedlich, also die Mütter müssen Vertrauen zu uns entwickeln. Manchmal ist da am Anfang so eine Blockade da. Oft auch die Sorge, dass wir denken, die Mutter schafft das nicht und das möchte natürlich keine Mutter, aber wenn die dann eine Weile da sind, dann läuft das eigentlich immer gut, dass sie das Kind auch mal abgeben können.
- I: *Sie haben dann Vertrauen zu Ihnen. Wie ist das mit den Schuldgefühlen. Sind die am Anfang sehr vordergründig zu sehen, bei den Müttern, wenn die hier her kommen?*
- B: Es kommt auch immer auf das Störungsbild drauf an bei der Mutter. Das kann man auch wieder so pauschal nicht sagen. Bei einigen ist das deutlicher ausgeprägt, als bei anderen – die sind da sehr froh, dass sie hier sind. Sie haben in dem Sinne keine Schuldgefühle, sondern nehmen das Angebot eher sehr dankend an.
- I: *...als Entlastung? Gibt es spontan Punkte, die Ihnen einfallen, was für die Kinder besonders wichtig und hilfreich sind?*
- B: Ja, der Bezug zur Mutter ist halt ganz wichtig. Am Anfang, wo die Eingewöhnungsphase vorüber ist, dass die Mutter eben auch Zeit für das Kind hat und sich weiter in die Therapien integriert, schrittweise. Die Kinder waren eigentlich immer diejenigen, die hier sehr glücklich und zufrieden waren und die schnellsten Fortschritte gemacht haben. ... Entwicklungsfortschritte, die sie hier schnell vollzogen haben.
- I: *Das ist bestimmt auch schön, für so eine Station, könnte ich mir vorstellen, wenn so kleine Sonnenscheine dabei sind? Ist das Angebot perspektivisch noch auszubauen? Denken Sie, dass der Bedarf größer ist? Oder ist das im Moment ausreichend für die Region?*
- A: Manchmal ist es schon eng geworden. Gerade, wo wir hier drei Kinder hatten. Ich denke, mit zwei Zimmern wäre die Nachfrage da. Das ist auch die Frage, wie es

- personell absicherbar ist..
- I: *Das ist dann schon für das Personal eine intensivere Sache, ne?*
- C: Ja, als der normale Stationsbetrieb. Weil die Kinder ja auch von uns versorgt werden. Wir haben kein Personal, keine Kinderschwester, die das dann macht.
- I: *Das ist sozusagen dann zusätzlich in dem Moment?*
- C: Ja, genau.
- I: *Gibt es irgendwie eine Zusatzausbildung oder eine Fortbildung für das Personal oder sind das einfach Erfahrungen, die man hier sammelt und weiter gibt?*
- C: Ich denke, es gäbe da sicherlich etwas, aber das haben wir nicht. Wir sind alle Mütter und handeln...
- I: *...nach Intuition?*
- C: ...ja, genau.
- A: Ja und wir haben eine Kindergärtnerin auf Station. Ja, sie ist schon pädagogisch ausgebildet.
- I: *Das ist ein gutes Team, vom Hintergrund?*
- A: Ja.
- I: *Gibt es eine bestimmte Jahreszeit, wo mehr Anfragen sind? Kann man das evtl. auch daran feststellen?*
- A: Nee.
- C: Das geht eigentlich rund um 's Jahr gleich bleibend.
- I: *Das war ja lange Zeit, besonders auch das Thema postpartale Depression, war ja lange Zeit auch so ein Tabuthema gesellschaftlich, was sehr schambesetzt war. Ist das immer noch so in ihrem Erleben oder wird damit offener umgegangen. Sind jetzt evtl. mehr Anfragen, als vor ein paar Jahren?*
- B: Da habe ich den Vergleich jetzt nicht, ich bin noch nicht so lange hier.
- C: Könnte ich jetzt so nicht sagen, ich bin erst seit Kurzem da.
- I: *Es ist hier wahrscheinlich nicht so sichtbar, weil das hier präsent ist, das Thema.*
- I: *Ich denke, ich habe jetzt so grob meine Fragen gestellt. Gibt es jetzt noch wichtige Ergänzungen? Ich bin jetzt auch nicht sicher, ob ich an alles gedacht habe. Fällt Ihnen noch etwas ein, wo sie sagen, das wäre noch wichtig?*
- B: Ich denke, die Fragen waren ganz umfangreich und haben alles abgefragt.
- I: *Es gibt also nicht wichtiges, wo sie sagen, das wäre noch ein wichtiger Punkt?*
- A: Nein, gibt es nicht.
- I: *Dann danke Ich Ihnen ganz herzlich.*

6. Interview im Sächsischen Krankenhaus Altscherbitz am 20.10.2011, mit einer Expertin

Interviewer = I
befragte Person = A

I: Sie haben ja hier Hilfeangebote für Mütter, die von einer postpartalen Depression betroffen sind und auch für deren Kinder – welche Art der Hilfe bieten Sie an – ganz allgemein erst mal?

A: Also, wir haben insgesamt 6 Plätze – also 6 Mutter-Kind-Einheiten, die sind verteilt auf zwei allgemein psychiatrischen Stationen. Einmal 2 auf der Station für junge Erwachsene, die sind in diese Station mit integriert, das ist also keine reine Mutter-Kind-Station, sondern wirklich eine Station für junge Erwachsene – da sind zwei Mutter-Kind-Einheiten und dann sind auf einer anderen Station – einer ganz allgemein psychiatrischen Station, wo Depressionen, Angststörungen, Somatisierungsstörungen behandelt werden, nochmal die Möglichkeit zur Einrichtung von, wenn notwendig, 4 Mutter-Kind-Einheiten, die dann sozusagen bei Bedarf aktiviert werden können. Dabei ist es wichtig, das sagen wir auch immer den Patientinnen, dass die Mutter aufgenommen wird. Das Kind ist nur Begleitperson und das Kind ist letztlich – muss auch von Familienangehörigen, wenn etwas ist – eine Krankheit oder so – muss das auch abgeholt werden können und auch betreut werden können, denn das können wir hier nicht bieten, wir sind hier weder eine Pädiatrie, das ist wirklich die Begleitperson, das wird mit aufgenommen, ist auch den ganzen Tag bei der Mutter, es gibt auch Wickeleinrichtungen und so was alles, aber es gibt eben keine spezialisierte Kindesbetreuung – ja, das soll ja dann auch eben die Mutter lernen - wieder.

I: das müsste auch gesund sein, demnach?

A: Das muss auch gesund sein, genau. Und dann – das sind die stationären Mutter-Kind-Plätze, dann haben wir die ambulante, sag ich mal, 'ne Ambulanz, die ich mache, sagen wir mal gynäko-psychiatrische Spezialsprechstunde, die ist zweimal die Woche, dienstags und freitags. Das ist so eine Art Vorschaltambulanz, wo einfach auch ganz häufig Gynäkologen, Hebammen oder auch andere Berufsgruppen – Psychiater, Patienten vorstellen, wo es eventuell geht um eine Begleitung in der Schwangerschaft bei vor bestehenden psychischen Störungen oder Kinderwunsch und psychische Störungen oder postpartale Erkrankungen, und das ist wie gesagt, die Sprechstunde, die mache ich zur Zeit und dann gibt es – wenn bei der stationären Mutter-Kind-Behandlung, gibt es sozusagen so ein richtiges stationäres Mutter-Kind-Konzept, wo im Prinzip auch eine Mütter-Gesprächsgruppe etabliert ist, die ist einmal die Woche, die würde unsere Psychologin machen und die kann auch von ambulant frequentiert werden – da können auch nicht nur die stationären hin, sondern eigentlich alle, die dahin möchten.

I: ...und das sind alles postpartale Erkrankungen?

A: Das sind im Wesentlichen postpartale Erkrankungen.

I: Und welche hauptsächlich?

A: Eigentlich, die Haupterkrankung ist die postpartale Depression, dann gibt es auch sicherlich vorbestehende Angststörungen, die dann postpartal exazerbieren, und selten postpartale Psychosen, wo die Patienten dann häufig allein anbehandelt werden, also ohne Kind, und bei einer stationären Stabilisierung dann das Kind dazu geholt wird.

I: Und sie sind hier die Psychiaterin für die Ambulanz?

A: Genau.

I: Und auch für die Mutter-Kind-Einheiten.

A: Genau. Also ich bin sozusagen – also ich bin eigentlich Neurologin, aber in

der Ausbildung zum Psychiater und betreue die Station PR2 eigentlich für junge Erwachsene und dort die Mutter-Kind-Einheiten und in der Ambulanz die Sprechstunde.

I: Das kam jetzt auch schon so ein ganzes Stück weit im Gespräch – wen nehmen sie im Hilfeangebot auf? Das sind dann sicherlich auf der Jugendstation eher junge Mütter? Oder ist das unterschiedlich?

A: Nee. Da kommen alle Mütter hin. Alle Mütter, die erkranken, kommen dahin – das ist nur auf verschiedene Stationen integriert, soll heißen, dass es keine Spezial-Mutter-Kind-Station gibt. Viele Mütter, die kommen, denken, das ist eine Station, wo nur Frauen mit Babys sind und das ist nicht so. Das sind zwei ganz unterschiedliche Stationen – akut psychiatrische Stationen, der eine mehr Schwerpunkt jüngere Leute und der andere mehr Schwerpunkt so mittleres Alter, sag ich jetzt mal. Da sind die jetzt einfach mal eingerichtet, einfach örtlich, das man das vorneweg klärt, das es keine reine Mutter-Kind-Stationen sind, das sie einfach da mit integriert sind.

I: Und gibt es bestimmte Voraussetzungen für diejenigen, die sie aufnehmen, eine bestimmte Zielgruppe?

A: Überhaupt nicht, also es muss sich wirklich um eine postpartale Störung handeln bzw. um eine Problematik in der Mutter-Kind-Interaktion, auch bei einer Psychose oder einer Angststörung ist es ja möglich. Die Kinder – das ist eine wichtige Voraussetzung, dürfen nicht laufen, dürfen nicht älter als ein Jahr sein – das ist wichtig. Bei den Müttern gibt es eigentlich keine Voraussetzungen, deshalb gibt es ja auch diese Ambulanz, wo ich mir das anschau – wer ist da auch motiviert, geeignet und es ist auch kein – sag ich jetzt mal - Mütterhaus oder Frauenhaus, wo man sagt, o.k. die Frau wird vom Mann verdroschen – nehmen wir sie mal mit dem Kind auf. Also, das versuchen wir auch schon in Grenzen zu halten, weil das natürlich auch häufig Fragen sind – genutzt wird, bei schweren Störungen, wo die in Mutter-Kind-Wohnheimen leben und dann eben mal so eine stationäre Aufnahme genutzt werden soll, um alle Probleme mal durchzusprechen. Das ist eigentlich nicht der Fokus. Wir beurteilen – das machen wir auch. In Ausnahmefällen, die Mutter-Kind-Interaktion, gerade wenn es so Fragestellungen vom Jugendamt sind, ohne jetzt gutachterlich sich dazu zu äußern, aber zu sagen: O.k., Frau Sowieso hat jetzt ein kleines Kind, wohnt jetzt in der Mutter-Kind-WG dort und dort und wie kommt denn sie mit dem Kind klar? Nach der Einschätzung der Mutter-Kind-WG ist es eben schlecht und dann nehmen wir die auf und gucken einfach, wie wir die Mutter einschätzen würden und die Interaktion zum Kind. Das sind dann aber wirklich geplante Kurzaufenthalte.

I: Kommt die Mutti dann direkt kurz nach der Geburt hierher oder...muss ja relativ früh sein...?

A: Selten. Selten. Meistens später, meistens so nach 1 bis 2 Monaten, wenn die dann sehen in der WG, es klappt irgendwas nicht. Das ist ja meistens der Grund – wenn alles klappt, schicken sie sie ja nicht her. Wenn irgendetwas nicht klappt, dann werden immer alle mit ins Boot geholt.

I: Und das sind wohl auch relativ oft junge Mütter oder ist das ganz unterschiedlich?

A: Das ist unterschiedlich. Also einen Altersdurchschnitt könnte ich eigentlich auch bei dem ganzen Querschnitt, den ich auch ambulant überblicke, nicht sagen. Es ist also von jung bis alt, also älter. Es ist wirklich – es reicht von 20 bis 40 und da meine ich jetzt aber wirklich sowohl ambulante, als auch stationäre Klientinnen und Patientinnen.

I: Das überlappt sich ja sowieso dann. Und wie werden die Betroffenen aufmerksam auf die Angebote, die es hier gibt? Es gibt ja insgesamt relativ wenige Angebote.

A: Meistens über das Internet. Wir sind ja in der Marcè-Gesellschaft und da wird das auch immer aktualisiert und da gibt es dann eigentlich in den einzelnen Bundesländern, die verschiedenen Angebote und so werden sie darauf

- aufmerksam. Häufig auch – wir haben Fortbildungen gemacht bei Hebammen, in gynäkologischen Praxen, also bzw. in Kliniken, sodass dann jetzt die Frauenärzte zum einen dann auch jetzt sensibilisiert sind, die Hebammen extrem sensibilisiert sind und dann meistens auch die Hebammen anrufen. Das ist ganz ganz häufig, dass die Hebammen erstmal Kontakt aufnehmen und sagen, wir haben hier so ein bisschen... irgendetwas stimmt hier nicht.
- I: *Das ist mir auch aufgefallen. Ich hatte so eine anonyme Hebammenbefragung gemacht und da wurde als Hilfeangebot relativ häufig Altscherbitz genannt. Das war sehr präsent.*
- A: Ja, die Hebammen sind wirklich sehr Gute – auch haben ein gutes Gespür dafür, weil sie sicherlich auch ganz nah dran sind am Geschehen. Hebammen, Gynäkologen, manche Frauen eben durch das Internet, gibt es ja bei Schatten & Licht – da gibt es ja auch so eine Rubrik, wo man auf die Marcè-Gesellschaft gelenkt wird – und auf die Hilfeangebote und da steht – ich glaube es müsste ja auch in Leipzig stehen: ... und auch
- I: *Wie lange begleiten sie betroffene Mütter mit ihren Kindern? ...so circa, von bis? Das ist sicher sehr unterschiedlich?*
- A: Mmh. Also, die längsten habe ich jetzt wirklich vier Jahre begleitet.
- I: *Ambulant?*
- A: Na, stationär mit einer initial stationären – also einer ambulanten Vorstellungsphase, dann stationäre Aufnahme und jetzt die Kinder, wo schon die zweiten Kinder oder sogar die dritten Kinder unterwegs sind..., bis zu vier Jahren. Da habe ich jetzt sozusagen Patienten im Kopf, die mir da einfallen, wenn die Kinder dann immer schon rein kommen und reden und so, wenn die stationär waren.
- I: *und die kürzeren Sachen, stationär?*
- A: Stationär gibt es – es gibt natürlich - das ist häufig: kommen die Mütter und wollen nach zwei drei Tagen gehen, weil sie sich's vielleicht auch anders vorgestellt haben und doch wieder nach Hause möchten und die kürzesten sind – sagen wir mal - zwei Tage. Dann auch eine Woche, zwei Wochen zur Krisenintervention – erst mal eine Entlastung und dann aber auch bis zu acht zehn Wochen, mit einer wirklichen spezifischen Behandlung und dann ambulant weiter oder, was ich jetzt auch feststelle, der Trend geht eben wirklich mehr ins Ambulante rein, dass ich ambulant behandle – auch Medizin gebe, zusammenarbeite mit dem ..., der Frau Dr. ... – das ist eine Kinder- und Jugendpsychiaterin, die nochmal so interaktionsspezifische Sachen macht.
- I: *Und im ambulanten Bereich – kommen die dann wöchentlich oder monatlich?*
- A: Die kommen in der Akutphase immer so aller zwei Wochen über einen längeren Zeitraum. Das wird dann meistens gestreckt, dann sind es meistens so aller vier bis sechs Wochen, wenn es gut geht – wenn es stabil läuft.
- I: *Bis zu einem Jahr dann auch, bis das Kind ein Jahr alt ist?*
- A: Meistens ja oder sogar noch länger.
- I: *Wie ist die Auslastung insgesamt – sowohl der stationären Sache, als auch der ambulanten?*
- A: Ambulant würde ich sagen, ich weiß nicht, ob man das mit 100% - also sehr hoch. Stationär ist wenig geworden. Jetzt haben wir gerade zur Zeit eine Mutti mit Baby da, das ist 19 Tage alt, das Baby und das ist die zweite postpartale Erkrankung, also die zweite Episode. Sie hat schon ein Kind – das ist drei, ist behandelt worden – war hier, stationär. Hat sich dann doch nochmal zu einem Zweiten entschieden und ist jetzt wieder da, stationär. Das ist die Einzige. Es ist so in den letzten – sag' ich - ¼ bis ½ Jahr haben wir wenig stationär.
- I: *Woran liegt das? Kann man das sagen?*
- A: Nee. Vielleicht auch am Ausbau der ambulanten Struktur, in Interaktion mit dem ..., dass viele eben wirklich zu Hause bleiben wollen, sagen o.k.: ich nehme ein

bisschen Medizin und gucke.

I: *...weil so viel gibt es ja insgesamt eigentlich nicht. Es kann ja nicht sein, dass die woanders sind.*

A: Denke ich nicht, dass sie woanders sind, aber ich denke, es ist ja immer eine Hemmschwelle ins Krankenhaus zu gehen. Das ist erst mal eine Hemmschwelle, zum Psychiater zu gehen, wenn man ein Baby hat und dann ins Krankenhaus zu gehen, das ist nochmal eine Stufe mehr. Ich glaube, dass es viele ambulant versuchen, dass es auch gut klappt – ambulant auch mit Medizin, also mit Medikation und dass dann einfach nicht mehr die Notwendigkeit da ist und das Interaktionsförderung letztlich dann über solche Netzwerke gemacht wird.

I: *Da gibt es ja einiges, auch bei Beratungsstellen, habe ich festgestellt, gerade auch so Gruppenangebote gibt es da ja - Feinfühligkeitstraining und 'Frühe Hilfen' und so was.*

A: Richtig. Genau. Netzwerk 'Frühe Hilfen' – das ist ja das, wo wir zusammenarbeiten und da ist auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie der Uni sehr engagiert. Also da muss ich sagen, da gibt es überhaupt – es ist eher die Erwachsenenpsychiatrie, die Mütter dann behandeln, die sich dann vielleicht – wo es wenig gibt.

I: *War das schon mal mehr, dieses Jahr zum Beispiel über den letzten Zeitraum gesehen?*

A: Im letzten Jahr war es mehr. Dieses Jahr war es eigentlich – der Anfang des Jahres. Es schwankt auch – das ist auch ganz unterschiedlich. Das ist wirklich sehr – ganz ganz unterschiedlich. Da gibt es wirklich auch keine Festlegung. Manchmal ist es so, da sind gleich drei bis fünf Muttis da und manchmal ist eben keine da – über einen längeren Zeitraum. Da gibt es aus meiner Sicht – vielleicht hängt das auch – da habe ich mir noch nicht so Gedanken gemacht, mit der Geburtenrate zusammen, also je mehr Geburten wieder sind, desto mehr, also ich meine desto höher sind ja vielleicht auch die Prävalenz der Erkrankungen. Wenn weniger Geburten sind, kann es ja auch weniger Störungen geben.

I: *Wäre eine logische Variante, ja. Wie hoch ist der Leidensdruck der Mütter, wenn sie kommen und Hilfe suchen?*

A: Sehr hoch. Sehr hoch. Sie sind meistens wirklich, wenn es jetzt nicht wirklich um soziale Auflagen geht – Jugendamt etc. oder die Dinge, die ich vorhin genannt habe, haben die Mütter einen ganz hohen Leidensdruck, weil die wirklich schwer krank sind.

I: *Und werden die dann sofort behandelt oder gibt es Wartezeiten?*

A: Sofort. Sofort. Also es ist so, es gibt keine Akutaufnahme mit Mutter und Kind. Es kann nicht der Notarzt jetzt ankommen und sagen, so ich bringe ihnen jetzt mal jemand in die Mutter-Kind-Einheit. Das machen wir nicht. Also, das gibt es nicht. Dann kommt die Patientin auf die akute Aufnahmestation, das Kind muss dann in irgendeiner Form betreut werden - über die Angehörigen oder über sagen wir mal Jugendamt, öffentliche Sachen und dann ziehen wir das Kind relativ schnell nach. Aber – ich muss sagen, durch diese zwei Sprechstunden ist es schon so, wenn eine Hebamme oder eine Mutti anruft, da gibt es Wartezeiten meinerseits maximal von einer Woche, weil ich jetzt zweimal in der Woche habe. Das die jetzt anrufen und sagen, die und die Symptomatik und dann werden sie meistens noch in der Woche am Freitag oder eine Woche später angeguckt.

I: *Also schon sehr zeitnah. Welche therapeutischen Mittel nutzen sie? Wie läuft das so im Groben ab?*

A: Na, wir haben so ein Mutter-Kind-Therapieprogramm. Das orientiert sich eigentlich an so einem verhaltenstherapeutisch orientierten, gruppentherapeutisch orientierten Therapieplan mit mütterspezifischen und interaktionsfördernden, sag ich mal, Dingen und da ist es so, dass es Ergotherapie, Sport und Bewegung, Musiktherapie gibt und das ganze dann praktisch immer auch speziell für die Mütter: Babymusiktherapie, Babybewegungstherapie, Babymassage, solche Dinge

und die Muttergesprächsgruppe, dass die Patientinnen aber auch daneben, also zum Beispiel in der Ergotherapie das Kind wie im normalen Alltag eben auch zu bestimmten Sachen mitnehmen müssen, die Sachen, die praktisch außerhalb dieses speziellen Therapieplanes sind und das ist eigentlich das Heidelberger Konzept, was wir da verfolgen, das ist verhaltenstherapeutisch orientiert und sozusagen – ich weiß nicht, wie sie heißt, die Frau...

I: *Reck.*

A: Genau, Martina Reck. Daran orientieren wir uns auch so und sagen wir mal von den Schwerpunkten. Das große Manko ist: wir haben jetzt auch eine Kinder- und Jugendpsychotherapeutin, die mit auf der Station arbeitet, eine Verhaltenstherapeutin. Was wir nicht haben sind – das können wir nicht leisten, sind Erzieher oder irgendwelche Jugend- oder irgendwelche – sagen wir mal – Kindererzieher oder irgend so etwas.

I: *die direkt mit den Kindern etwas machen?*

A: Genau. Das können wir nicht machen. Deshalb auch die Begrenzung bis ein Jahr.

I: *Und die medikamentöse Behandlung – ist diese regulär indiziert oder ist das ganz individuell?*

A: Das ist extrem individuell – eigentlich bei der klassischen postpartalen Störung empfehlen wir es immer – kommt es immer darauf an: Was möchte die Mutter, die hat ja unabhängig zu 100% Mitspracherecht. Wir können es nur empfehlen und die ist also bei den stationär behandelten Frauen, würde ich fast sagen, zu 100% indiziert und die lassen sich auch alle behandeln, die Patientinnen. Ambulant ist es ein bisschen schwankend – 60-70% muss man sagen schon, mit einer medikamentösen Anbehandlung – dann auch still kompatibel gestaltet.

I: *Das wollte ich gerade fragen. Stillen die Mütter dann zum Teil?*

A: Die stillen. Die stillen.

I: *Ach so, da gibt es Medikamente, die das zulassen?*

A: Ja.

I: *Aha. Das ist ja interessant. Und die therapeutischen Kontakte – Wie oft sind die, zum Beispiel diese Muttergruppe – verhaltenstherapeutisch?*

A: Das ist einmal die Woche, Mutter-Gesprächskreis ist einmal die Woche und die anderen Therapien, sagen wir mal Bewegungstherapie ist zweimal die Woche, Musiktherapie ist zweimal die Woche. Babymassage ist einmal die Woche. Die anderen Rundum-Therapien sind sozusagen so begleitend mit, wo die Mütter dann letztlich auch immer mit daran teilnehmen, wo die so ein richtiges Gruppentherapieprogramm haben. Dann gibt es die Visiten – regelmäßig, also täglich. Und dann gibt es eine Wochenendreflektion, wo die Mütter auch mit den Babys daran teilnehmen. Das ist nicht speziell Mutter-Kind-spezifisch, sondern, aber die sind mit auf der Station und eben auch im Ablauf mit integriert.

I: *Welche Rolle spielt die Aufklärung über die Erkrankung? Findet die statt? ...an welcher Stelle?*

A: Meistens in der Ambulanz schon, also muss eigentlich schon in der Ambulanz stattfinden und das ist aus meiner Sicht extrem wichtig, also extrem wichtig und eigentlich der erste Schritt in eine gute Behandlung, weil die Mütter dann ganz tolle entlastet sind. Weil sie merken, ich habe keine Befindlichkeitsstörung, ich bin nicht anormal und ich bin nicht eine schlechte Mutter oder ich bin ganz fürchterlich, sondern ich habe eine Krankheit, ja? Und die muss behandelt werden.

I: *Welche Rolle spielt im Angebot das Kind? Ist das immer bei der Mutter oder gibt es zum Beispiel auch babyfreie Zeiten oder wie sieht das aus?*

A: Das kann die Mutter selber regulieren. Sie hat die Möglichkeit, das Baby zu allen Therapien mitzunehmen, außer diese Zusatzsache 'kognitive Therapie' und die allgemeine Sport- und Bewegungstherapie. Da sollte sie es nicht mitnehmen, aber sonst kann sie es überall mit hinnehmen. - Das entscheidet sie selber, wo wir auch ein Stückchen sehen inwieweit sie – wie sie das auch nutzt. In der Zeit, in der sie

es nicht mitnehmen möchte, sind unsere Schwestern auf der Station - betreuen die das Baby. Also, sie kann sich die Zeiten nehmen, die sie braucht, es gibt keine vorgeschriebenen Zeiten. Und die Schwestern, dass muss man auch sagen, das sind psychiatrischen Krankenschwestern – das sind keine Kinderkrankenschwestern, das sind meistens Mütter – Großmütter mehrfach, sodass es da überhaupt keine Probleme gibt und dass die sehr erfahren auch sind, aber eben nicht spezialisiert. Da gibt es auch von den Krankenkassen kein Geld dafür.

I: *Im Prinzip keine Fachkraft dafür.*

A: ...keine Spezialtherapeuten - gibt es nicht.

I: *Und die Versorgung des Kindes – wer stellt die sicher?*

A: Die Mutter.

I: *Wenn jetzt die Mütter sehr depressiv sind – ist da ja auch eine gewisse Gefahr, dass sie ihr Kind nicht gut versorgen könnte.*

A: Dann muss das Kind sozusagen – wird es nicht stationär versorgt. Entweder müssen es die Angehörigen abholen oder es wird im schlimmsten Falle, gerade bei Psychosen hatten wir das häufig, muss das Kind über den Kindernotdienst abgeholt werden. Wenn die Mütter also sehr schlimme psychotische Schübe haben oder so. Es ist ja häufig so, dass die dann meistens noch ein soziales Netz haben, ja.

I: *Und das ist auch schon vorgekommen, dass das Kind dann von der Mutter getrennt wurde, weil einfach die Gefahr zu groß war?*

A: Ja. Das ist auch vorgekommen.

I: *Und die Mütter, bekommen sie dann auch praktische Anleitung, was die Säuglingspflege angeht und so was?*

A: Da kommt die Hebamme immer. Wir haben eine Hebamme, gerade so zu Fragen des Stillens oder zu ... ja, was man da so für Fragen hat. Da gibt es immer die Möglichkeit, dass die Hebammen, die die Frauen schon hatten, hier mit her kommen ins Haus, aber wir haben auch in der ..., gibt es so eine Hebamme, die wir konsiliarisch hinzu ziehen, die kommt dann immer, gerade, wenn es auch ums Abstillen geht, die dann so berät – was kann man machen, sollte man das machen, die das mit der Frau dann zusammen bespricht. Mittlerweile sind da auch unsere Schwestern so versiert, dass die das auch machen, aber die Hebamme kommt dann auch immer und bezüglich irgendwelcher Belange - dann kümmert die sich auch darum.

I: *Was wird ihrer Meinung nach für die Etablierung einer guten Mutter-Kind-Interaktion getan? Sie sagten ja schon, da finden auch Massagen statt und es sind eigentlich ganz viele Dinge, die jetzt auch für die Interaktion eigentlich sind.*

A: Sie sind ja wirklich angeregt, irgendetwas mit dem Baby zusammen zu machen, die Babymusiktherapie, die Babybewegungstherapie, die Massage – das sind alles Sachen, die laufen, wo die Mutter einfach mit ihrem Kind direkt in Kontakt treten muss und dann eben auch positive Rückmeldungen bekommt. In Einzelfällen machen wir das auch mal, dass wir so eine Videoanalyse machen – also das aufzeichnen, die Therapie mit dem Kind oder der entsprechende Therapeut zeichnet das auf und bespricht das dann mit der Mutter nach, wie sie sich da empfunden hat, was gut geklappt hat, was noch nicht so gut geklappt hat, ja.

I: *Es wird im Prinzip die Mutter aufgenommen, aber behandelt werden beide, in dem Sinne?*

A: Ja, kann man schon so sagen – sie sind ja eine Einheit.

I: *...sind ja in dem Sinne nicht zu trennen.*

A: Genau. Aber eigentlich ist für die Krankenkassenrechtfertigung die Behandlung der Mutter.

I: *Da gib es wohl noch gar keine Möglichkeit, das anderweitig zu machen? Wenn das so ist, dann auf jeden Fall immer so?*

- A: Naja, ich denke wir haben die Probleme in der Erwachsenenpsychiatrie – wir dürfen nur die Mütter behandeln und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die die kleinen Babys aufnehmen, die dürfen nur die Babys behandeln und nehmen die Mütter mit auf. Ich glaube in Heidelberg und auch in Bayern und so – die haben das schon durchgesetzt, dass es da auch extra Zuschüsse und so gibt, denke ich, die haben auch breitere Angebote einfach aufgrund der finanziellen Möglichkeiten. Das ist hier einfach wirklich relativ begrenzt im stationären Bereich, was dadurch möglich ist – auch personal technisch.
- I: *Was sind so wichtige Momente – wodurch verändert sich ihrer Meinung nach die Mutter-Kind-Interaktion zum Positiven? Wann sehen sie einfach auch Fortschritte, dass etwas voran geht?*
- A: Naja, wirklich durch die Interaktion – durch das Handeln. Es verändert sich wirklich durchs Handeln. Sicherlich ist es bei den schweren Störungen so, dass es durch die Medizin – kommen einfach Ressourcen, die immer da sind, immer da waren, kommen wieder zum Tragen, aber eigentlich durch die Interaktion verbessert sich die Interaktion. Also, durchs Handeln, durchs Tun, durch direkten Kontakt und positive Rückmeldungen des Kindes letztlich, kommt es da einfach auch zu Verbesserungen.
- I: *Und das sehen sie auch im Laufe der Zeit?*
- A: Das sieht man, ja.
- I: *Im ambulanten Bereich – kommen da auch die Kinder mit?*
- A: Meistens ja. Meistens kommen die mit.
- I: *Und da machen sie dann zum Teil...also soviel Zeit ist ja da sicherlich nicht...*
- A: In den ambulanten – muss man auch ganz ehrlich so sagen, das ist auch nicht...– das, was ich in der Ambulanz mache – ich gucke mir die an, ich klopfe das ab. Wir beginnen auch zu behandeln, obwohl die Kinder mit kommen. Da ist es wirklich das Wesentliche Aufklärungsarbeit, Erklärungsarbeit, intensive Beratung – auch wirklich störungsspezifische Beratung – was habe ich, was kann man machen. Zur Interaktionsbehandlung ambulant schicke ich wirklich die meistens zu der Frau ..., die gibt dann auch so Tipps und macht dann da auch ganz viel. In dem ... gibt es dann auch ganz viele Angebote, wenn es ambulant gehen soll, aber eine direkte Interaktionsberatung mache ich nicht in der Sprechstunde.
- I: *Das ist sicherlich gar nicht zu leisten?*
- A: Das geht nicht. Da hat man so 15-20min., weil das ja so durchläuft.
- I: *Welche Rolle spielen die nahen Bezugspersonen, zum Beispiel die Väter? Werden die mit einbezogen oder...?*
- A: Wir haben auch jetzt – das ist ja auch ganz groß im Trend – die Männerpsychiatrie ist ja jetzt auch in Frankfurt diskutiert wurden, bei dem Kongress jetzt, der Marcè-Gesellschaft wieder, dass die Väter eine große Rolle spielen. Sie kommen auch und sind auch zum großen Teil der Fälle mit da oder kommen an den Nachmittagen – werden in die Therapien direkt nicht integriert, die macht die Mutter wirklich nur alleine. Es gibt aber Gesprächsangebote und wir hatten einmal auch sogar schon versucht, so eine Vätergesprächsgruppe zu etablieren – das hat nicht so richtig geklappt. Also, dann waren zwei Väter da – da war die Nachfrage einfach nicht so groß. Zu den ambulanten Kontakten ist es meistens so – das sage ich auch immer – das möchte ich auch immer. Ich sage immer: Bringen Sie alle Leute mit, die mit ihnen jetzt zur Zeit viel Kontakt haben-also Omas, Opas, Geschwisterkinder – alles was da ist, Väter natürlich. Da kommen meistens alle mit und man sieht auch schon so dann, wer da mitkommt, wie da so die Konstellation ist, ja.
- I: *Wann und wie beenden Sie die Hilfe? Wann ist der Zeitpunkt, wo sie sagen, jetzt kann die Frau entlassen werden?*
- A: Das sagt die Frau selber. Das sagen wir nicht. Irgendwann – es gibt ja auch während der stationären, generell psychiatrischen Behandlung, gibt es ja immer

die Belastungserprobungen zu Hause – das heißt: also die Wochenenden können zu Hause verbracht werden und da wird es dann irgendwann – da sagt die Frau, jetzt ist es gut und wir sagen dann auch: Sie entscheiden das, wann sie nicht mehr hier her kommen müssen. Im ambulanten Bereich merkt man das dann relativ schnell, wenn ich dann frage, wann wollen wir uns das nächste Mal sehen und am Anfang sagen sie, nächste Woche und dann geht's: Ach naja, es reicht – hier der lange Weg bis nach Altscherbitz immer durch die ganze Stadt – ach es reicht, einmal im Vierteljahr und so.

I: *Da merkt man das schon.*

A: Da merkt man das schon. Das legen eigentlich die Frauen fest.

I: *...wenn sie sich stabiler fühlen...?*

A: Und wenn sie einfach auch so geankert sind und so die Hilfsangebote in Umgebung oder im SPZ integriert sind oder oder... einfach da ein Rhythmus drin haben – das die dann wirklich sagen, jetzt reicht es.

I: *Also, Sie arbeiten schon sehr interdisziplinär mit KollegInnen zusammen?*

A: Ja.

I: *Hauptsächlich mit dem ... oder was gibt es noch für Stellen?*

A: Hauptsächlich ... muss ich sagen.

I: *Das ist ihre Hauptanlaufstelle Nummer eins?*

A: Ja. Weil das einfach auch, das muss man einfach sagen, ein sehr unkomplizierter Kontakt ist. Es ist ja gerade, wenn man in einer vollen Sprechstunde sitzt und so. Das ist ein sehr unkomplizierter Kontakt. Es gibt dieses Netzwerk 'Frühe Hilfen', auch zum Beispiel mit ..., mit ... – der hat die Schreisprechstunde gemacht, da arbeiten wir auch eng zusammen. Das sind aber alles auch die Leute, die in diesem, sagen wir mal, Netzwerk 'Frühe Hilfen' sind, die sich untereinander kennen, wo man eben auch einfach mal auf dem kurzen Weg anrufen kann und sagen kann: Kriege ich einen Termin und muss sich nicht hier schon wieder ewig zum Vorgespräch oder das und das und dann nächsten Monat oder so, sondern wo es einfach schnell geht. Es ist einfach eine ganz praktische Sache.

I: *In dem Netzwerk – finden da regelmäßig Treffen statt?*

A: Ja.

I: *Das ist ein Austausch zu bestimmten Themen, oder Supervision?*

A: Meistens geht es da um die Patienten. Mensch, ist der angekommen? Wie ist das jetzt gelaufen. Das war relativ unregelmäßig, jetzt ist es meistens so einmal im Quartal.

I: *Ist ja relativ häufig. Wer gehört da alles dazu?*

A: Das SPZ, die Schreisprechstunde der Uni, die Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität – die haben da jetzt auch so eine Ernährungssache für Kinder – wollen die da etablieren – so mit Fütterstörungen. Da kommt aber auch immer ein Oberarzt mit, eigentlich auch das Parkkrankenhaus.

I: *Und was sind so die Erfolge? Wann feiern Sie einen Erfolg?*

A: Eigentlich hat man bei der Behandlung – das ist eigentlich gerade in der psychiatrischen Behandlung ist es ganz erfolgreich – sehr von Erfolg gekrönt, also ein Erfolg ist, wenn zum Beispiel die Mutter dann sagt, ich möchte noch ein zweites Kind und wir auch Schwangerschaften führen mit Antidepressiva und was auch gut läuft, auch nach abgeschlossenen Mutter-Kind-Behandlungen, wo wir so ein Album haben, wo die Mütter dann immer ihre Babys und sich fotografieren und eigentlich ist es eine ganz gute – bei einer frühen Behandlung, also bei einer zeitigen Behandlung und bei auch einer kombinierten Behandlung – also, das heißt Medikamente und Begleittherapien und bei einer richtigen Diagnose – ja, also nicht bei einer Persönlichkeitsstörung, die schon seit 20 Jahren besteht und die depressiv dekompensiert, wird man da wenig erreichen, aber bei einer klassischen postpartalen Erkrankung mit einer rechtzeitigen frühen Behandlung, würde ich fast sagen, ist der Behandlungserfolg 100%, mit so einer

- Kombinationstherapie auch ambulant. Die müssen nicht immer stationär kommen.
- I: *Es sind ja auch sehr unterschiedliche – leichte – schwere postpartale Erkrankungen. Was sind eigentlich die Themen – es gibt ja sicherlich auch Einzelgespräche mit den Müttern, wenn die jetzt vor allem auch stationär hier sind? Werden da Konflikte aufgearbeitet oder was sind da so die vordergründigen Themen?*
- A: Selten. Also da geht's nicht um eine Konfliktbearbeitung, auch nicht um eine Traumabearbeitung, sondern da geht es wirklich eigentlich um eine Ressourcenorientierung in den Einzelgesprächen, in den Einzelkontakten – also, wie ist die aktuelle Situation? Was kann ich aktuell? Was kann ich leisten, was schaffe ich? Das ist ein ganz wichtiger Punkt: Psychoedukation. Was habe ich für eine Krankheit? Wie wird die behandelt? Was kann ich selber tun? Was können Angehörige tun? Und ganz ganz viel Aufklärung, eigentlich. Da wird eigentlich kein Konflikt bearbeitet. Ich glaube, das ist in der Phase noch nicht dran.
- I: *Es geht einfach darum, die zu stabilisieren und die Schuldgefühle zu minimieren?*
- A: Genau. Die Schuldgefühle zu minimieren, so dieses Insuffizienzerleben auch zu reduzieren, denen eigentlich ihre Stärken zu spiegeln, auch in der Interaktion und einfach auch da sozusagen die mit dem Kind auch wieder ein Stückchen zusammen zu bringen und die, wenn es jetzt eine depressive Symptomatik ist, auch einfach auch wirklich sozusagen, medikamentös, antidepressiv auch zu behandeln. Da nützen die besten Gespräche nichts, wenn die Frau alles nur schwarz sieht, aufgrund der Depression, da kann man sich den Mund fusselig reden, sag ich mal.
- I: *Sind dann auch richtig Aggressionen gegen das Kind zu sehen und spürbar?*
- A: Ja, deutlich. Das sagen auch die Frauen, weil sie ich glaube, das bringt auch eine große Entlastung, das auch mal jemandem sagen zu können. Und jemandem sagen zu können, der nicht sagt, na Mensch, das hören sie ja nun schon häufig genug, was willst Du denn, Du hast ein gesundes Kind und früher war das auch so und wir haben das mit drei Kindern geschafft und da war auch noch der Krieg und so.
- I: *Was bist denn Du für eine Mutter, so in dem Sinne?*
- A: Mmh.
- I: *Was zeichnet Ihr Angebot aus?*
- A: Ich denke die Kombination aus ambulanter und stationärer Möglichkeit. Egal, wie die jetzt geartet ist, egal, wie lange und wie kurz die jetzt in Anspruch genommen wird, aber das man sagt, man hat die Möglichkeit, jemanden ambulant zu behandeln, man hat die Möglichkeit, jemanden ambulant anzubehandeln, stationär aufzunehmen und man hat auch die Möglichkeit, jemanden primär stationär aufzunehmen, zum Beispiel Mütter mit Psychosen und dann das Kind zu holen oder in die Mutter-Kind-Einheiten aufzunehmen und die ambulant nachzubehandeln, zum Beispiel. Also sozusagen die Kombi aus stationärer und ambulanter Möglichkeit.
- I: *Gibt es etwas, womit sie unzufrieden sind?*
- A: Naja, denke ich, mit den personellen Ressourcen, wie überall. Aber, ich glaube, das ist eine gesundheitspolitische Frage. Das ist wirklich was – personell ist es wirklich einfach extrem mangelversorgt, dieses ganze Feld. Da ist jetzt eben kein Raum für noch einen Erzieher oder irgendwie was, wo man auch vielleicht das Angebot noch ausweiten könnte, gerade wenn Geschwisterkinder da sind, oder so. Oder einfach Kinderkrankenschwestern oder so.
- I: *Und die Psychologin oder der Psychologe – haben die eine therapeutische Ausbildung in irgendeiner Richtung? Was weiß ich Gesprächspsychotherapie oder Verhaltenstherapie oder so?*
- A: Wir haben ja unsere leitende Psychologin, die Frau ..., das ist eine psychologische Psychotherapeutin, Schwerpunkt Verhaltenstherapie und die Frau

..., das ist eine Kinder- und Jugendpsychotherapeutin. Die hat aber jetzt keinen Mutter-Kind-Schwerpunkt, sondern die haben wir eigentlich dadurch, dass wir das Angebot hatten sozusagen, auch in die Klinik holen können. Letztlich ist es aber auch aufgrund der Ressourcen, ist sie auch verteilt und kann sich dem nicht widmen.

I: Was ist so besonders wichtig für betroffene Mütter und betroffene Kinder – wichtig und hilfreich?

A: Aufklärung, denke ich.

I: Das ist so ein Fokus, der unwahrscheinlich wichtig ist.

A: Extrem wichtig. Aufklärung und auch so die Entlastung, zu sagen, es ist nicht wie in der Babyzeitung, dass alle lachen und perfekt aussehen und alle rosig strahlen, sondern es gibt Krankheiten, die können passieren, es gibt Störungen und die muss man dann behandeln. Also Aufklärung führt zu einer Entlastung und das wiederum führt dann einfach auch zu einer guten therapeutischen Beziehung – es ist halt Arztpatient oder Therapeutpatient und dann denke ich, läuft es gut.

I: Sind Sie grundsätzlich mit dem Angebot zufrieden? Läuft es gut und ausreichend, ihrer Meinung nach?

A: Was wir hier haben? Ja, es könnte noch ein bisschen mehr sein – aber das ist wieder dieses personelle Problem. Es könnte immer mehr sein, gerade auch im ambulanten Bereich, wobei ich da sagen muss, zufrieden na gut, es läuft gut. Es ist eine gute Auslastung, es läuft gut und zu mindestens mittlerweile haben wir den Eindruck auch so dem Bedarf gerecht zu werden – einigermaßen. Natürlich können wir uns nicht allen Sachen widmen, es kommen auch Anfragen aus Chemnitz, Gera, Zwickau oder so oder irgend woher, das kann man nicht alles machen, das schafft man nicht, aber dazu gibt es ja auch in anderen Kliniken Angebote, die da auch etabliert werden.

I: Empfinden Sie das Thema noch sehr schambesetzt oder hat sich das schon bisschen gebessert? Es war ja, wie sie das schon eben sagten, immer eher die Meinung, die Mutter hat doch ein gesundes Kind und muss fröhlich sein und wenn es ihr plötzlich nicht gut geht...

A: Extrem schambesetzt. Ganz – und das ist auch der Hauptpunkt, was auch die Männer häufig nicht verstehen, das ist ein extrem schambesetztes Gebiet und manchmal ist es ja auch so, dass die Frauen dann allein zu mir herein kommen und so über die schlechten Gedanken, auch die Aggressionen dem Kind gegenüber, diese Wut und das auch abgeben zu wollen und nicht mehr zu wollen – und das Erste Mal überhaupt erst mal mit jemandem drüber sprechen zu können, weil sie sich das nicht getraut haben, auch nicht dem Partner zu sagen.

I: Woran liegt das? Ist das sicherlich noch wenig präsent in der Öffentlichkeit?

A: Ja, erstens und zweitens denke ich, ist es auch so, diese gesellschaftlichen, sagen wir mal vielleicht auch Rahmenbedingungen, die es jetzt heutzutage gibt, oder diese gesellschaftlichen Wertevorstellungen, die man so hat, die man vielleicht auch immer hatte, die jetzt aber natürlich auch extrem öffentlichkeitswirksam rum gezeigt werden, es gibt zu allem einen Ratgeber, es gibt zu allem schöne Bilder, es gibt tausend Utensilien, vielleicht so könnte ich mir das erklären, weil es ist denke ich, es ist auch so ein bisschen – es ist natürlich auch so das es manchmal auch so eine Triggersituation, das durch die Geburt irgendetwas traumatisches wieder angetriggert wird. Das ist ganz individuell. Es ist ein enormer Druck heutzutage – auch gesellschaftlicher Druck von außen, der da dazu führen kann.

I: Also ich denke, ich habe jetzt soweit alles erfragt – gibt es Ihrer Meinung nach noch Ergänzungen? Gibt es noch etwas Wichtiges, was ich vergessen habe zu erfragen oder ist das jetzt ein relativ rundes Bild, was rüber gekommen ist?

A: Relativ rund. Was ich auch immer wieder sagen muss und womit wir auch wirklich gute Behandlungen gemacht haben in den letzten Jahren, ist einfach auch ne medikamentöse Behandlung. Es gibt ja nun diese – das kommt gerade in

psychologischen Kreisen häufig zu kurz, aber man muss sagen, es ist eine Stoffwechselstörung nach wie vor, die muss man auch so behandeln und einfach durch diesen Conterganskandal und überhaupt Medikamente und Schwangerschaft und Medikamente und Stillzeit ist ja sozusagen das rote Tuch schlechthin und überall steht, es geht nicht. Es ist so, dass da natürlich auch extrem viel, extrem viel Vorbehalte bestehen und das sozusagen langsam abzubauen, ist extrem schwierig und dass die Frauen sich, ohne dass sie dazu genötigt werden, sich da irgendwie diese Hilfe auch annehmen können, das ist sehr schwer und das versuchen wir aber und das versuchen wir auch mit gutem Erfolg. Und alle, die es gemacht haben, auch damit gestillt haben, haben wirklich auch gemerkt, wie viel Qual sie sich damit auch nehmen. Und wie viel lange Leidenszeit, also wie sie den Weg auch einfach deutlich verkürzen, neben den anderen Angeboten. Aber wie man eben auch wirklich diese Phase des sich selber Quälens und der schlechten Gedanken, Schlafstörungen unabhängig vom Kind jetzt und Aggressionen und Insuffizienzerleben – wie viel man davon wirklich auch medikamentös abpuffern kann. Das muss man einfach so sagen und das ist immer wieder 'ne Arbeit, die extrem aufwendig ist. Da auch wieder Aufklärung und auch nochmal Rückversicherung – wir haben da so eine Kooperation mit BE'IN mit diesem embryonaltoxikologischen Institut, wo man auch diese Informationen sich holen kann und das ist an sich wirklich auch ganz gut, aber es ist eben nach wie vor noch auch angstbesetzt.

I: Welche Medikamente kann man nehmen, wenn man stillt?

A: Im Wesentlichen kann man Antidepressiva nehmen, ja, gerade die Älteren, die Gut getesteten kann man nehmen, man kann sicherlich auch niedrig dosiert, es ist immer 'ne Frage der Dosis, der Verteilung, man kann sicherlich auch Antipsychotika nehmen, wobei wir da eigentlich immer zum Abstillen anraten und man sollte eigentlich so bei gut bewährten Antidepressiva bleiben, die man dann gibt.

I: Es kommt vor, dass die Mütter weiterhin stillen und nicht abstillen wegen der Medikamente?

A: Voll stillen, nicht abstillen. Das muss man dann ganz speziell – ganz speziell werden die dann eingestellt mit Tropf wird das eintitriert, das Baby wird beobachtet und das geht.

I: Da möchte ich Ihnen ganz herzlich danken, dass sie mir die ganzen vielen Fragen beantwortet haben. Wäre es eventuell möglich, dass wir uns mal so eine Mutter-Kind-Einheit noch kurz angucken?

A: Ja natürlich, können wir machen.

7. Interview im Universitätsklinikum Leipzig am 17.11.2011, mit einer Expertin

Interviewer: = I

befragte Person: = A

I: Sie haben ja hier Hilfeangebote für Mütter, die von einer postpartalen Depression betroffen sind und auch für deren Kinder. Welche Art der Hilfe bieten Sie an?

A: Es geht mehr um die ambulante Behandlung – medizinische, psychiatrische Behandlung, sowie Teilnahme an den Gruppentherapien. Wir haben noch keine störungsspezifischen Gruppen, weil die Anzahl an Patienten noch nicht groß genug ist, aber danach können wir die psychotherapeutische Gruppe anbieten für Patienten vor allem mit Depressionen zum Beispiel oder anderen Erkrankungen - und dann auch zum Beispiel Entspannungsverfahren. Also das sind so zum Beispiel Gruppenangebote, die wir hier im ambulanten Bereich haben. Es besteht die Möglichkeit auch, eine tagesklinische Behandlung zu machen, sowie auch eine stationäre Behandlung. Für den Fall einer stationären Behandlung besteht ein Einzelbett für Mutter mit Kind.

I: Also haben Sie eine Einheit für Mutter und Kind insgesamt?

A: Genau. Und was ich sagte mit den Gruppentherapien – also, wir haben jetzt nicht so eine Gruppentherapie für nur Frauen mit postpartaler Depression. Das sind auch Personen, die unter anderen psychiatrischen Erkrankungen leiden, zum Beispiel wie die Depressionsgruppe.

I: O.k.. Und sind das dann auch Mütter, die von postpartaler Depression betroffen sind, die daran teilnehmen?

A: Genau. Also, das meinte ich auch. Das sie an den Gruppen auch teilnehmen können.

I: Und diese Gruppen sind ambulant?

A: Ja, die sind ambulant. Und dann gibt es noch die tagesklinische Behandlung und die stationäre gibt es auch – für den Fall, es ist günstiger, wenn die Mutter mit Kind aufgenommen wird, damit die Mutter vom Kind nicht getrennt wird.

I: Kommen die Kinder mit zur ambulanten und teilstationären Behandlung?

A: Was meinen Sie?

I: Wenn jetzt eine Mutter ambulant kommt, die an einer postpartalen Depression leidet, kommt sie dann allein oder mit Kind?

A: Meistens kommt sie mit Kind. Es gibt viele, die dann von Angehörigen begleitet werden, sodass sich die Angehörigen gut um das Kind kümmern können, wenn die Frau Zeit haben möchte zum Sprechen, aber wenn die auch mit Kind kommen – das gibt es beides. Und in der Tagesklinik ist es ohne. Aber in der Tagesklinik hatten wir die, die schwanger waren.

I: Wenn es sich schon abzeichnete, dass es Schwierigkeiten gibt?

A: Genau, wenn sie schon depressiv werden in der Schwangerschaft. ...und wenn dann postpartale Schwierigkeiten auftreten. dann kommen sie eher in die ambulante Behandlung.

I: Teilstationär eher nicht?

A: Nein. Mehr für die, die schwanger sind.

I: O.k. Gibt es eine bestimmte Zielgruppe für das ambulante Angebot und die Mutter-Kind-Einheit?

A: Wir haben noch nicht die spezifische Gruppe, weil, wir hatten jetzt noch nicht so viele Patienten insgesamt. Das war immer so ein Ziel von uns – eine Gruppe nur für Mütter und Kinder. Im Moment nicht, sodass wir sie in diese anderen Gruppen integriert haben, zum Beispiel in die Depressionsgruppe. Wir haben eine Gruppe für Patienten mit Depressionen. Der erste Teil, da geht es zum Beispiel um den ganzen psychoedukativen Teil und dann im zweiten Teil geht es dann mehr um therapeutischen Ansätze - und das sind zum Beispiel Gruppen, an denen diese

- Patienten auch teilnehmen können.
- I: *Wer leitet diese Gruppen, Ärzte oder Psychologen?*
- A: Beides. Also es gibt einen Teil, was auf alle Fälle von einem Arzt gemacht wird – das ist die medikamentöse Therapie und sonst sind es auch meistens Psychologen, die die Gruppen dann auch betreuen.
- I: *Wie werden die Betroffenen auf die Angebote aufmerksam?*
- A: Das sind Patienten, die entweder von Hebammen oder von Frauenärzten zu uns eingewiesen werden oder auch von der Kinderklinik oder von der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In der Frauenklinik gibt es auch einen Sozialarbeiter, der Bescheid weiß. Wir haben auch die Möglichkeit, die Patienten ambulant zu betreuen, sodass sie die Patienten, wenn es akut ist, gleich bei uns vorstellen können oder die niedergelassenen Frauenärzte.
- I: *Also läuft eigentlich alles über diese Form der Vernetzung?*
- A: Genau.
- I: *Sie sagten, Sie hätten das Ziel, eine Gruppe für Mütter mit Kindern zu machen?*
- A: Also ich wollte es gern.
- I: *Wäre der Bedarf da?*
- A: Das ist das Problem. In meiner Zeit gab es noch nicht die Anzahl. Sie kommen nicht alle gleichzeitig.
- I: *Sie kommen dann so pö-a-pö?*
- A: Ja, das kommt so pö-a-pö, genau. Dann haben wir deswegen erst mal Einzeltherapie gemacht, also die spezifische Therapie sozusagen, aber letztendlich wenn es um Depression geht, haben wir die Gruppe allgemein für Depressionen.
- I: *Wie lange begleiten Sie so postpartal depressiv erkrankte Betroffene?*
- A: Also, es gibt Patienten, die erst in der postpartalen Zeit zum Beispiel unter Depressionen gelitten haben, die auch bei uns bleiben, oder auch die unter einer postpartalen Psychose gelitten haben und dann noch bei uns in Behandlung sind, weil dann immer auch danach noch andere Episoden aufgetreten sind, unabhängig von der Situation – also jetzt nicht nur nach der Entbindung und dann bleiben die auch über einen längeren Zeitraum bei uns.
- I: *Wechseln Sie auch manchmal in das stationäre Angebot?*
- A: In das stationäre Angebot ja, wenn die Notwendigkeit besteht.
- I: *Gerade zum Beispiel Psychosen sind ja sicherlich gefährlich, nur ambulant zu betreuen?*
- A: Ja. Da muss man dann natürlich in dem Fall dann entscheiden. Wenn wir ambulant sehen, es gibt keine Besserung, dann besteht natürlich auch verstärkt eine Gefahr für das Kind, für die Patientin. Eine engmaschige Betreuung ist dann notwendig – dann ist eine stationäre Behandlung indiziert.
- I: *Wie ist die Auslastung? Sie sagten ja, es ist immer so pö-a-pö. Auch beim stationären Angebot, darf ja sicherlich sowieso nur die Mutter aufgenommen werden und das Kind ist Begleitperson. Ist das Mutter-Kind-Zimmer durchgehend belegt?*
- A: Nein. Also es gibt Phasen, wo wir keine Mutter-Kind Patienten haben und wir das Zimmer dann auch anderweitig belegen. Wenn wir sehen, jetzt gibt es eine Patientin, die das braucht, dann versuchen wir das so bald zu organisieren, sodass wir so schnell wie möglich dieses Zimmer der Patientin anbieten, das hat Priorität.
- I: *Kommt das häufig vor, dass Mutter mit Kind dann auch hier ist?*
- A: Es kommt vor. Ich wollte eigentlich noch genau schauen, wie es in letzten Jahren war. Ich habe im Moment nicht die Zahl von den Aufnahmen, die wir jetzt hatten. Es gibt immer wieder ... in den letzten zwei drei Monaten hatten wir ein bis zwei Patienten. Wenn man das vergleicht mit anderen Patienten, dann ist es keine große Anzahl.

- I: Seit wann gibt es das Mutter-Kind-Zimmer?*
- A: Warten Sie, mindestens seit 2008, vielleicht auch ein Jahr früher. Wir haben relativ neu dieses Angebot gehabt.
- I: Diese ganze Problematik ist ja sowieso erst im Kommen, sie wird ja jetzt erst mal transparenter...*
- A: Wir hatten immer – also ich bin jetzt seit 2004 hier in der Klinik – solche Patientinnen betreut. Aber als wir das so bewusst gesagt haben, wir machen das jetzt als ein festes Angebot, sodass das für die ambulanten Kollegen klar ist – das ist so seit 2008.
- I: Wie hoch ist der Leidensdruck der betroffenen Mütter, wenn sie hier her kommen und Hilfe suchen, sowohl ambulant als auch stationär?*
- A: Letztendlich, wenn sie hierher zu uns kommen sind es diejenigen, die einen hohen Leidensdruck haben.
- I: Wo es dann wirklich sehr offensichtlich ist?*
- A: Genau, wo es wirklich sonst ambulant nicht so weitergeht. Also selbst die Therapeuten, die mit der Patientin zu tun haben, also niedergelassene Frauenärzte oder Hebammen einfach nicht wissen, wie es weitergehen kann und nicht mehr wissen, wie sie dem Patienten helfen können, sodass sie deswegen uns dann die Patientin einweisen oder überweisen.
- I: Und das ist dann normaler Ambulanzablauf, die Mütter bekommen einen Termin – regelmäßig und kommen hier her?*
- A: Also, die rufen uns an und bekommen einen Termin. Es gibt auch Einzelpatientinnen, die sich selber vorstellen und wir haben sowieso auch hier, wie in anderen Kliniken, eine Notfallambulanz. Wir versuchen ganz schnell die Patientin zu sehen, wie gesagt, sie können sich immer akut vorstellen.
- I: Es geht also sehr zeitnah?*
- A: Ja. Akut geht jederzeit und sonst ist die Warteliste für reguläre Termine unterschiedlich. Aber in dem Fall versuchen wir so schnell wie möglich einen Termin anzubieten.
- I: Wie oft kommen die ambulant hierher? Wöchentlich oder in einem anderen Rhythmus?*
- A: Das hängt von der Symptomatik ab. Es gibt Patientinnen, die zum Beispiel, wenn sie ambulant bleiben, wo man sagt, eine ambulante Therapie ist ausreichend, die vielleicht dann doch wöchentlich kommen. Es gibt andere, die dann vielleicht erst mal wöchentlich kommen und wenn sie stabiler sind in anderen Abständen, aller zwei Wochen zum Beispiel. Ich kann nicht pauschal sagen, wie oft. Das hängt von der Symptomatik ab. Und es gibt auch solche Patienten, die von einer stationären Behandlung profitieren könnten, aber die noch nicht so bereit sind und wir können eine Patientin nicht gegen ihren Willen aufnehmen, sodass wir in der Situation dann eine engmaschige Behandlung ambulant anbieten.
- I: Welche therapeutischen Mittel nutzen sie, sowohl ambulant als auch stationär?*
- A: Also, wir haben dann erst mal die medizinische Behandlung, also die medikamentöse Behandlung – das hängt alles natürlich von der Ausprägung ab. Aber es besteht natürlich die Möglichkeit, die Patientin mit Medikamenten zu behandeln, vor allem wenn sie eine schwere Symptomatik haben, dann ist es doch indiziert. Zum Beispiel Antidepressiva, die dann gegeben werden und auch die anderen psychosozialen Maßnahmen. Wir haben ambulant Entspannungsverfahren, eine depressionsspezifische Gruppe mit psychoedukativen Anteilen – weil es ist auch wichtig für die Patientin zu wissen, das ist eine Depression, das ist eine Erkrankung, die behandelt werden kann – also, dass sie erst mal die Informationen bekommen. Und das passiert im Rahmen der psychoedukativen Depressionsgruppe. Es gibt auch sozialarbeiterische Unterstützung. Das ist auch sehr wichtig, weil da muss man auch sehen, wie kann man die Patientin auch entlasten und dann kann man auch gemeinsam mit den

Angehörigen, mit dem sozialen Netzwerk gucken, was kann man machen. Zum Beispiel auch zu organisieren, dass die Hebamme zum Beispiel auch öfter nach Hause zu den Müttern kommen kann oder in bestimmten Fällen, dass dann noch engmaschigere Betreuungen durch Sozialarbeiter gemacht werden können. Sportgruppen haben wir auch – aber allgemein. Auf alle Fälle medikamentöse, psychotherapeutische und psychosoziale Hilfe.

I: Machen Sie die psychotherapeutische Behandlung?

A: Das läuft hier wie gesagt in der Gruppentherapie und das zum Beispiel: ambulant haben wir zum Beispiel eine Gruppe nur für Depressionen und andere, das ist klientenzentrierte Psychotherapie. Wir haben psychotherapeutische Möglichkeiten: also Verhaltenstherapie wie auch klientenzentrierte Psychotherapie. Hier ist auch die Klinik für Psychosomatik. Ich weiß es nicht, das ist jetzt so eine neue Chefärztin und sie hat auch über das Thema geschrieben. Ich weiß jetzt nicht, wie weit, also früher hatte die psychosomatische Klinik auch so eine Mutter-Kind-Sprechstunde gehabt. Das wollte ich auch nochmal klären, inwieweit das auch gemacht wird. Mein Chef hat den Schwerpunkt auf Depressionen und die haben auch den Schwerpunkt auf Affektive Störungen.

I: Sie sagten ja schon, dass die Aufklärung in der Psychoedukation stattfindet.

A: Erstmal findet sie bei uns statt. Also, wenn ich eine Patientin habe, wo ich sage, das ist eine postpartale Depression, dann fängt die Therapie mit diesem psychoedukativen Anteil an. Das erste, was ich auch mache, ist, die Patienten darüber aufzuklären. Das ist auch für die Patientin sehr entlastend. Erstens zu wissen, o.k., das ist eine Depression und viele haben auch Schuldgefühle, weil sie zum Beispiel in dieser Situation eine Gefühllosigkeit dem Kind gegenüber haben.

I: Die medikamentöse Behandlung spielt ja eine größere Rolle, sagten sie. Wie ist es mit dem Stillen – stillen die Mütter trotzdem die Kinder?

A: Das ist unterschiedlich. Die meisten, die dann so schwer krank sind, sind so überfordert mit der ganzen Situation, aufgrund der depressiven Symptomatik, sodass es eigentlich nicht so recht klappt mit dem Stillen, sodass die das dann unabhängig schon so entscheiden.

I: Das sie sowieso schon aufgehört haben zu Stillen?

A: Genau. Die ganze komplexe Situation, die das Stillen nicht so begünstigt hat. Es gibt weniger, die dann sagen, o.k., ich stille weiter. Wir haben natürlich auch Medikamente, die eine ganz niedrige Konzentration in der Muttermilch haben. Sie alle gehen natürlich in die Muttermilch über. Das muss man schon sagen, die meisten entscheiden sich dann schon gegen das Stillen. Man muss ja dann die Patientin aufklären, welche Risiken es gibt, was es so bedeutet und viele entscheiden sich dann doch dagegen.

I: Würde es theoretisch gehen?

A: ...würde es gehen. Nicht bei allen Medikamenten. Die Patientinnen werden aufgeklärt und müssen schließlich selbst entscheiden. Und letztlich die schweren Phasen würden ohne die Medikamente nicht gehen und das würde natürlich für das Baby ein noch größeres Risiko bedeuten, als nicht gestillt zu werden, weil die ganze Interaktion durch die Erkrankung dann gestört ist.

I: Welche Rolle spielt das Kind insgesamt in den Hilfeangeboten, sowohl ambulant als auch stationär? Wird dann auch direkt etwas mit dem Kind gemacht?

A: Im Moment haben wir keine Therapie. Es gibt andere Kliniken, zum Beispiel in Heidelberg, die so eine große Erfahrung haben, wo es auch direkte Gruppen gibt und – ich denke, Sie haben sich darüber sicherlich schon informiert. Das gibt es bei uns nicht. Wir müssen sehen, dass es dem Kind gut geht. Wir haben deswegen auch einen Sozialarbeiter da, die gucken im familiären Milieu, geht das wirklich – läuft das wirklich? Ambulant gibt es auch bestimmte Gruppen, die man empfehlen kann, so etwas wie Babymassage, wo die Mutter mehr mit dem Kind interagieren kann.

- I: Bei Hebammen oder was empfehlen Sie da?*
- A: Ja, dieses Pekip oder Babymassage. Aber letztendlich, die dann so schwer krank sind, sind nicht in der Lage, selbst an so einer Gruppe teilzunehmen. Das geht eher für die, die nur so eine leichte Symptomatik haben oder nicht nur Depression haben, sondern mehr so eine andere, wie Angstsymptom und so weiter, wo man denkt, o.k. das kann man ambulant machen, man versucht einfach die Interaktion mit dem Baby so positiv wie möglich zu verstärken, aber eine spezifische Gruppe haben wir leider nicht.
- I: Im stationären Angebot – ist da das Baby immer bei der Mutter oder ist es manchmal auch getrennt?*
- A: Das Baby ist in dem gleichen Zimmer, wie die Mutter. Teils sind die Patientinnen bei Therapien, wo es auch wichtig ist, dass sich die Patientin Zeit für die Therapie nimmt, dann können die Schwestern in der Zeit auf das Baby aufpassen.
- I: Aber grundsätzlich könnte sie es überall mit hinnehmen? Wer stellt die Versorgung von dem Kind sicher, wenn die Mutter zum Beispiel eine schwere Depression hat?*
- A: Was meinen Sie?
- I: Es ist ja manchmal eine Gratwanderung, ob die Mutter das Kind gut versorgen kann, wenn sie zum Beispiel schwer krank ist?*
- A: Die schwer kranken Mütter sind ja eigentlich diejenigen, die wir stationär hier aufnehmen.
- I: Das meinte ich auch: im stationären Setting.*
- A: Da ist immer eine Schwester, die auf das Baby aufpasst.
- I: Die dann auch den Überblick hat, ob das Kind gut versorgt wird?*
- A: Da ist die Schwester, die die Station leitet auch soweit geschult, dass sie dann einfach Erfahrungen hat und auf alle Fälle das Kind nicht aus den Augen verliert. In bestimmten Situationen kann es auch sein, dass das Kind dem Kinderarzt vorgestellt wird, aber die Schwestern passen auf.
- I: Werden die Mütter teilweise anfangs von der Säuglingspflege entlastet, wenn sie kommen und es ihnen nicht gut geht?*
- A: Genau, das müssen wir im Einzelfall analysieren, weil es Frauen gibt, die aufgrund der schweren Symptomatik mit allem überfordert sind und da müssen es auch die Schwestern machen.
- I: Was wird für die Etablierung einer guten Mutter-Kind-Interaktion getan? Das sagten sie schon zum Teil..., aber vielleicht auch mal im stationären Setting, vom ambulanten Setting habe ich glaube ich schon ein recht gutes Bild.*
- A: Leider hatten wir im Moment die Situation noch nicht so, dass wir sagen konnten, es sind mehrere, wo man dann eine Gruppentherapie machen kann, wo die Mutter dann auch etwas mit dem Kind machen kann. Das ist immer in den Gedanken gewesen, aber letztendlich hatten wir nicht so gleichzeitig diese Anzahl an Patientinnen. Ich weiß nicht, ob es im Moment noch andere Therapien auf Station gibt?
- I: Ist der Fokus dann mehr auf der Mutter – dass es ihr besser geht und das Kind einfach bei ihr ist?*
- A: Ja, Fokus in dem Sinne, weil wir davon ausgehen, wenn es der Mutter besser geht, dann ist sie natürlich besser in der Lage mit dem Baby zu interagieren und das ist auch Ziel der Therapie. Aber diese andere Therapie ist noch nicht...
- I: Weil es eben nur eine ist...?*
- A: Aber letztendlich wenn es nur eine ist, kann man sich auch besser auf die eine konzentrieren. Und das man auch sehen kann – wie ist die Interaktion mit dem Baby? Die Schwestern entlasten auch ganz oft die Patientinnen, die ganz unsicher sind und sich fragen, mache ich das richtig so? Die brauchen einfach die Bestätigung von der Schwester: so ist es gut! Sie machen das gut, um diesen positiven Teil zu verstärken und das brauchen sie auch.
- I: Und das machen hauptsächlich die Schwestern?*

- A: Genau, die positive Verstärkung ist für die gut, dass sie wissen, das, was ich mache, ist gut.
- I: *Haben die Schwestern eine spezielle Schulung oder sind sie selbst Mütter?*
- A: Die das machen, haben auch versucht in diesem Bereich, diese Fortbildungen zu machen und auch sich noch andere Einrichtungen angeguckt, damit man auch sehen konnte, wie machen es denn auch andere?
- I: *Welche Rolle spielen die nahen Bezugspersonen – so die Väter oder manchmal sind es auch Omas – ganz unterschiedlich?*
- A: Für mich ist es wichtig, erst mal zu eruieren, wie ist die Situation zu Hause, weil das ist auch wichtig, wenn man entscheidet, bleibt die Patientin ambulant oder geht sie auf die Station? Wenn wir sehen, die Symptomatik ist nicht so ausgeprägt, die familiäre Anbindung ist ganz gut, die Patientin ist durch Familienangehörige entlastet – Kind ist auch in guten Händen, da muss ich mir ein Bild machen.
- I: *Kommen sie alle zu ihnen?*
- A: Das finde ich so wichtig, dass der Partner auch kommt, weil dann weiß man auch: klappt das wirklich? Es gibt Patientinnen, die sagen, das geht und wenn man genau schaut, ist es zu Hause nicht so optimal, wo man denkt, das ist eine Patientin, die dann doch lieber eine Zeit auf der Station bleiben muss oder wo man sagen kann, umgekehrt – die familiäre Anbindung ist so gut, wenn das für die Patientin besser ist, weiter in dieser häuslichen Umgebung zu bleiben oder bei der Familie zu bleiben und ambulant die Behandlung zu machen. Viele Männer haben Fragen. Es gibt Partner, die dann nicht verstehen und denken, die ist jetzt faul, die möchte jetzt nichts tun – dann ist es auch sehr wichtig, dann ist es auch eine Entlastung für die Patientin, wenn die Angehörigen auch Verständnis für die Erkrankung haben, sodass ich immer versuche, auch mit der Familie zu sprechen, dass sie auch eine Aufklärung über die Erkrankung bekommen.
- I: *Wann und wie beenden Sie diese Hilfe? Wann ist der Zeitpunkt reif, wo sie sagen, jetzt brauchen sie nicht mehr kommen, jetzt können sie ihren Weg gehen?*
- A: Wenn die Symptomatik remittiert ist. Wir lassen sie immer so eine Zeit, wo man die Patientin wirklich in dieser stabilen Phase sehen kann. Und am Ende sind es auch die Patientinnen, die dann selbst sagen, jetzt ist es gut und die Patientin weiß, dass sie jederzeit hierher kommen kann.
- I: *Mit welchen KollegInnen arbeiten Sie interdisziplinär zusammen?*
- A: Wir haben jetzt wieder die Anrufe von der Gynäkologie - Frauenklinik, wenn die eine Patientin haben, wo die sagen, das ist schwierig, dann rufen die uns an. Wir haben diese Angebote mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
- I: *Wenn dort auch Mütter sind?*
- A: Genau. Es gibt immer die Konstellation, dass es nicht nur ein Kind gibt, das sind mehrere – der eine liegt schon in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Mutter ist jetzt noch mit einem anderen beschäftigt.
- I: *Was sind Erfolge ihrer Arbeit? Was sind die Momente, wo sie feiern?*
- A: Wenn es dann bei der Patientin gut geht. Wir haben viele gehabt, die in der Schwangerschaft krank waren, das ist einfach schön zu sehen, wenn es der Patientin wieder gut geht, wenn sie wieder lachen kann, sich mit dem Kind wieder genießen kann.
- I: *Was empfehlen Sie den Betroffenen nach der Behandlung?*
- A: Es gibt Patientinnen, die dann weiter ambulant psychotherapeutisch zum Beispiel bleiben, also in Einzelpsychotherapie. Das können wir nicht weiter hier anbieten. Wir haben hier mehr Gruppentherapie und machen auch Einzelgespräche. Aber da gibt es solche Fälle, wo man sagt, da sind bestimmte Themen zu verarbeiten, die dann lieber in einem Rahmen, einer Einzeltherapie angesprochen werden müssen, da müssen sie zu ambulant niedergelassenen Psychotherapeuten gehen. Das ist die ganze Prophylaxe. Also, dass man guckt, ob es auch aktuell bestimmte belastende Situationen gibt, die dann die depressive Symptomatik aufrecht

erhalten können und dann muss man natürlich auch deswegen von allen Seiten sehen. Wenn wir sehen, da gibt es familiäre Konflikte, dass man dann mit dem Sozialarbeiter guckt, ist die Familie zum Beispiel auch beim Jugendamt schon angemeldet, wo sie Familienhelfer braucht, die dann schon langfristig weiter so betreut werden muss, oder ist es eine Patientin, die wirklich nur bei Bedarf etwas braucht, sich mal melden kann oder die dann bei der Einzelpsychotherapie bleiben – diese aufrechterhaltenden Faktoren versuchen wir schon im Rahmen der Therapie zu identifizieren, sodass man weiß, die braucht wahrscheinlich dies und das.

I: Was würden Sie sagen, zeichnet Ihr Hilfeangebot aus? Was ist das Besondere hier?

A: Mehr in dem Sinne, was unsere Stärken sind? Es ist klar, dass unsere Stärken die Affektiven Störungen sind. Die Klinik hat sich darauf spezialisiert: in Affektive Störungen, Depressionen, auch im Forschungsbereich, sodass wir da natürlich versuchen, sehr in dem Bereich zu arbeiten und auch die entsprechenden Therapieangebote zu verstärken. Aber wie gesagt, wir müssen nochmal sehen und das natürlich je nachdem Bedarf, ob noch andere Therapien möglich sind für die Patienten. Ich wollte eigentlich noch einmal die Kollegin fragen, die dann die Mutter Kind Sprechstunde macht, was jetzt noch so geplant ist.

I: Was würden Sie in Bezug auf die Mutter-Kind-Interaktion sagen? Was ist besonders wichtig für betroffene Mütter und was ist besonders wichtig für betroffene Kinder? Was ist hilfreich für beide?

A: Ich denke, dass die postpartale Depression frühzeitig erkannt wird, dass man frühzeitig eine Behandlung beginnen kann, um mögliche Folgen zu vermeiden und das ist natürlich mit vielen Belastungen verbunden für die Patientin und für das Kind. Also, je früher man das erkennen und behandeln kann, desto besser ist es für beide, damit die Interaktion nicht gestört wird und ich finde wichtig, möglichst zu vermeiden, dass das Kind von der Mutter weggenommen wird.

I: Empfinden Sie das Thema als transparenter inzwischen? Es hat es ja immer gegeben, aber es war ja lange Zeit ein Tabuthema.

A: Ich denke, noch nicht. Man sieht das auch bei den Angehörigen, dass selbst die Patientin sich als Versager erlebt, sie hat dann viele Schuldgefühle – ich meine, das gehört auch zu dieser Depression, ja, diese starken Schuldgefühle, aber ich denke, da fehlen noch Informationen. Hier haben viele an der Depressionskampagne gearbeitet, dass die Leute auch wissen, aber man merkt es in dem Bereich, dass es immer die Erwartung gibt, Mutter kriegt ein Kind und muss glücklich sein und dann leiden die Patientinnen sehr viel. Die schämen sich dann, dass sie sich nicht freuen können, wenn das Baby da ist und die Angehörigen dann auch – die meisten denken, o.k., was hat sie oder ist sie faul oder man gibt ihr eine Tablette und dann soll die Patientin wieder funktionieren.

I: Wissen die Frauen, wenn sie kommen, dass sie eine postpartale Depression haben? Oder ist die Aufklärung, auch bei den Hebammen, noch nicht so weit?

A: Das ist noch nicht so weit.

I: Sind sie oft hilflos und wissen nicht, was mit ihnen los ist?

A: Genau. Es gibt aber auch solche, die schon Depressionen früher hatten, sodass sie das schon kennen. Die das schon hatten, wissen dann schon, dass es wieder eine neue Episode ist, die jetzt nach der Geburt aufgetreten ist, dann wissen sie das schon, aber viele nicht.

I: Ich glaube, ich habe jetzt so weit meine Fragen gestellt. Gibt es noch etwas wichtiges zu sagen, was ich vielleicht nicht erfragt habe, wo sie sagen, das wäre noch wichtig zu diesem Thema zu sagen?

A: Ich wollte doch vorhin noch etwas sagen, aber ich habe es vergessen zu sagen und jetzt habe ich das vergessen. Jetzt ist es weg. Brauchen Sie Zahlen, wie viele Patientinnen es in einem Jahr waren?

- I: Das ist jetzt nicht so wesentlich. Es geht mehr um die Hilfeangebote und da gibt es ja ein Zimmer. Könnten Sie evtl. noch aufstocken oder gibt es nur das eine Zimmer? Es gibt ja in Leipzig auch die Möglichkeit, woanders...*
- A: Also wir haben eigentlich die Ausstattung erst mal nur für ein Zimmer.*
- I: Werden dann die Patientinnen ins ... oder nach ... geschickt?*
- A: ... eigentlich, sonst.*
- I: Sind die stationären Mütter auch bei den ambulanten Müttern dabei oder gibt es da andere Gruppen?*
- A: Die Gruppe von der Station nehmen an der Gruppentherapie von der Station teil. Wir haben Gruppen, die für die Ambulanz sind und Gruppen, die für die Station sind. Vom Konzept her: Es gibt zum Beispiel eine Gruppe, eine Psychotherapiegruppe – das ist auch Klientenzentrierte Psychotherapie, wo Patientinnen von der Station teilnehmen können und auch ambulant – das wäre die eine Gruppe zum Beispiel.*
- I: Ist das therapeutische Gespräch regelmäßig in der stationären Behandlung oder ist das auch individuell, je nachdem wie groß der Bedarf ist?*
- A: Ja. Da gibt es eine Therapieplanung. Da gibt es schwerer Depressive, die sind noch nicht so weit, um eine Psychotherapie zu machen. Es gibt mehr eine unterstützende Besprechung. Wenn sie dann besser drauf sind, dann kann man mehr psychotherapeutisch arbeiten. Aber ambulante Einzelpsychotherapie haben wir eigentlich nicht, da schicken wir die Patientinnen zu ambulanten Psychotherapeuten. Es gibt viele Patientinnen, die haben schon vorher etwas gehabt und kennen dann die Angebote schon.*
- I: Vielen Dank, dass sie sich Zeit für das Interview genommen haben und mir die ganzen Fragen beantwortet haben.*

8. Interview im Parkkrankenhaus Leipzig am 22.11.2011, mit einer Expertin

Interviewer: = I

befragte Person: = A

I: Sie haben Hilfeangebote für Mütter, die von einer postpartalen Depression betroffen sind, und deren Kinder. Welche Art der Hilfe bieten Sie an?

A:

- stationäre Angebote, ambulante Angebote (große Sprechstunde) und tagesklinische Angebote (Interaktionstherapie)
- tagesklinisch: derzeit 6 Behandlungsplätze, wird demnächst ausgebaut auf insgesamt 12 Behandlungsplätze
- ambulant: riesiger Bedarf, kaum abzudecken
- stationär: auf der Kinderstation für 1-2 Mütter mit Kindern (bedarfsweise); v.a. traumatisierte Mütter mit komplexer Störung und großem Hilfebedarf (die schwerwiegenden Fälle)
- psychotherapeutische Hilfe – interaktionell; Beziehung zwischen Eltern – Kind steht im Zentrum
- Kooperation mit Erwachsenenpsychiatrie – dort vordergründig Stabilisierung der Kindesmutter
- viel Wert wird auf Fachpersonal gelegt (u.a. analytische, tiefenpsychologische Therapeuten)
- Zusammenarbeit im Netzwerk Frühe Hilfen (Universitätsklinikum – Schreisprechstunde; Pädiater; Hebammen; Schatten&Licht; Caritas; Altscherbitz; Sozialpädiatrisches Zentrum) seit ca. 10 Jahren
- arbeiten multiprofessionell: z.B. Musiktherapie, Interaktionstherapie über Medien, Schwimmtherapie, Ergotherapie, Bewegungstherapie

I: Wen nehmen Sie in Ihren Hilfeangeboten auf (Zielgruppe)?

A:

- Eltern und Kinder mit Interaktionsstörungen
- z.B. Kinder mit Ess- und Fütterstörungen, Schreistörungen, Schlafstörungen
- erschöpfte Mütter
- verunsicherte Mütter
- Alter der Kinder: 0-3 Jahre

I: Wie werden Betroffene auf Ihr Hilfeangebot aufmerksam?

A:

- durch Flyer, Netzwerk, Kinderärzte, Gynäkologen, Hebammen, Kinderärztestammtisch etc.

I: Wie lange begleiten Sie betroffene Mütter mit Kindern?

A:

- von einem Termin bis zu jahrelanger Begleitung

I: Wie ist die Auslastung der Hilfeangebote?

A:

- randvoll
- man schafft es nicht

I: Wie hoch ist der Leidensdruck der betroffenen Mütter, wenn Sie zu Ihnen kommen und Hilfe suchen?

A:

- sehr sehr hoch – Schwelle zur Psychiatrie ist ohnehin hoch
- Mütter kommen z.B., wenn sie ihre Kinder am liebsten in die Mülltonne schmeißen würden oder schütteln würden, Mißhandlungsphantasien haben oder diese schon ausgelebt haben etc.
- größtenteils traumatisierte Fälle mit sehr komplexem Hilfebedarf

I: Werden betroffene Mütter sofort behandelt oder haben sie Wartezeiten?

A:

- Mütter mit Babys werden sofort aufgenommen und behandelt
- mit älteren Kindern kann es zu 3-4 Wochen Wartezeit kommen

I: Welche therapeutischen Mittel nutzen Sie?

A:

- Interaktionstherapie – Psychotherapie, Traumatherapie
- medikamentöse Behandlung wenig, Mütter sind meist schon eingestellt
- theoretische Orientierung am Hamburger & Münchener Konzept (Papousek)

I: Welche Rolle spielt bei Ihnen die Aufklärung über die Erkrankung und wann findet sie statt?

A:

- Psychoedukation ist das A und O, v.a. bei traumatisierten Patienten (Gewalt wird reinszeniert)

I: Werden die Mütter zeitweise von der Säuglingspflege entlastet und bekommen Sie praktische Anleitung und Hilfe?

A:

- ja - je nach Bedarf
- Fachpersonal zur Verfügung: Erzieher, Schwestern etc.

I: Welche Rolle spielen nahe Bezugspersonen?

A:

- sehr wichtige Rolle
- Therapieangebote für Mütter, Kinder, Familien, Väter, Großfamilien etc.
- Kooperation mit allen, die da sind

I: Wodurch verändert sich Ihrer Meinung nach die Mutter-Kind-Interaktion zum Positiven?

A:

- durch Stärkung der Mutter
- Erleben, dass sie gute Mutter ist, selbstwirksam
- Arbeit an ihren Ressourcen
- viel Videodiagnostik

I: Was wird für die Etablierung einer guten Mutter-Kind-Beziehung getan?

A:

- Ressourcen aktivieren
- häufig funktionieren Medien recht gut (über Musik, Bewegung, Ergotherapie)
- im Handeln positive Momente wahrnehmen, unter therapeutischer Begleitung
- ambulante Vor- und Nachbereitung
- am begrenzten Ziel arbeiten

I: Was ist für betroffene Mütter besonders wichtig und hilfreich?

A:

- positive Rückmeldung des Kindes
- Gefühl, wirksam zu sein / etwas tun zu können
- positives Feedback
- Selbstwertstärkung
- kommen mit vielfältigen Aufgaben nicht klar – benötigen vielschichtige Beratung
- Abbau von Perfektionismus: Fehler machen erlaubt
- im Hier und Jetzt üben
- sehr praxisorientiert – üben alltagspraktische Dinge / altersgerechtes Spiel

I: *Was ist für betroffene Kinder besonders wichtig und hilfreich?*

A:

- KM ist verfügbar
- KM nimmt Bedürfnisse des Kindes wahr und befriedigt sie zeitnah, adäquat

I: *Gibt es noch etwas wichtiges zu diesem Thema zu sagen?*

A:

- Frage stellt sich, ob es eine postpartale Depression per se überhaupt gibt
- Ursache liegt meist in Eigengeschichte der Mutter
- häufig liegt Traumatisierung vor oder andere vorbestehende psychische Erkrankung der Mutter
- Symptom: Depression (äußert sich so)
- wichtig: Pränataldiagnostik
- Hilfeangebote reichen nicht aus
- Jugendamt-Angebote genügen nicht (qualitativ unterschiedlich)

I: *Vielen Dank für Ihre Offenheit und Zeit.*

9. Interviewleitfaden für das Interview in einer Praxis

Thema: „Mutter-Kind-Interaktion und postpartale Depression:
Bestandsaufnahme und Analyse der Hilfeangebote in Leipzig und
Umgebung“

Fragestellung:

Wie ist Ihre Erfahrung mit dem Thema Mutter-Kind-Interaktion und postpartale Depression?

- Begegnen Ihnen in der Praxis häufig Mütter mit einer postpartalen Depression?
- Woran wird die postpartale Depression offensichtlich - Welche Anzeichen weisen darauf hin?
- Sprechen Sie die Frauen daraufhin an oder kommen die Betroffenen selbst?
- Welche Möglichkeiten gibt es hier in dieser Praxis, den Müttern und Kindern Hilfe entgegen zu bringen? Werden diese Angebote angenommen?
- Gibt es hier Angebote zur Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion?
- Wo liegen die Grenzen der Hilfe?
- Welche Hilfe empfehlen Sie außerdem? Mit wem arbeiten Sie interdisziplinär zusammen?
- Wie sind Ihre Erfahrungen mit dieser Problematik?
 - Reichen die Hilfeangebote in Leipzig und Umgebung, die es gibt, aus?
 - Sind diese Angebote angemessen?
 - Ist das Thema gesellschaftlich noch sehr schambesetzt?
- Was ist für betroffene Mütter besonders wichtig und hilfreich?
- Was ist für betroffene Kinder besonders wichtig und hilfreich?

10. Interview in einer Praxis am 23.11.2011, mit zwei Expertinnen

Interviewer = I
befragte Person 1 = A
befragte Person 2 = B

- I: *Begegnen Ihnen in der Praxis häufig Mütter mit einer postpartalen Depression?*
- A: Ich könnte jetzt sagen, häufig ist es nicht, aber es kommt vor. Das man jetzt sagen könnte häufig, würde ich jetzt zu mindestens bei mir als Hebamme, bei Person B. vielleicht eher, weil sie ja dann die Fälle dann eher bekommt, aber bei mir...
- B: Würde ich jetzt auch nicht so beantworten. Häufig ist relativ. Wir hatten uns ja schon am Telefon unterhalten, da hatte ich schon so geantwortet, dass ich denke, das ist jetzt statistisch so nicht belegt, man müsste das ja evaluieren, dass dadurch, dass bei uns viel Wert darauf gelegt wird, auch in Geburtsvorbereitungskursen – wir vorher Kontakt haben mit allen sinnlichen Wahrnehmungen, Geburtsvorbereitung eigentlich viel mit Körperwahrnehmung zu tun hat und mit emotionaler Annahme, alles das, was Schwangerschaft ja bringt, dass vielleicht da ein gewisser Schutz schon da ist, dass vielleicht dadurch nicht so viele abrutschen in eine postpartale Depression, weil es vielleicht eine besondere Vorbereitung gibt, oder ein Augenmerk auf bestimmte Dinge gelegt wird, auf sinnliche Wahrnehmung. Aber das ist nur so eine Vermutung, ne? Da müsste man Statistiker befragen.
- I: *Das kann schon sein, dass es von Fall zu Fall sehr unterschiedlich ist, wie die Umsorgung ist.*
- B: Ich denke, das ist von der Umsorgung abhängig, vor und nach der Geburt.
- A: Und auch von der Geburt selbst – das spielt ja auch eine große Rolle. Wie ist die Geburt? Wie kann die Frau in die Geburt gehen? Ist Sie vorbereitet, selber wahrzunehmen, was brauche ich? Was tut mir gut? Was möchte ich nicht? Da wird ja bei uns in der Praxis viel Augenmerk darauf gelegt, vorher. Und da sind die Frauen auch glaube ich ganz gut vorbereitet.
- B: Ich denke, das ist ein Schutz vor postpartaler Depression, in der Eigenregulation zu sehen und zu gucken, was tut mir gut? Was will ich? Sich zu wünschen, aber auch abzuwehren, was will ich nicht.
- I: *Die werden dann sicherlich auch darüber aufgeklärt, dass es psychische Schwierigkeiten geben könnte danach, zumindest, dass sie es einordnen können?*
- A: In der Geburtsvorbereitung wird eben auch angesprochen, dass es sowohl in der Schwangerschaft schon, als auch im Wochenbett, dass es eben zu Gefühlen kommen kann, die nicht einzuordnen sind, wo die Frauen sich manchmal auch wundern, gerade die Frauen, die oft sehr wenig Gefühle wahrnehmen, sonst im Körper, die auf einmal dann merken 'Was ist denn das? Huch, ich habe Angst! Ich bin mal traurig.' Das man das da schon mal anspricht und das man das auch nicht als krankhaft anspricht, sondern als das Normale. Dass das ja in Ordnung ist, dass das jede Mutter eigentlich auch hat. Und da werden die auch ruhiger, wenn die merken: 'O.k., das geht auch anderen Frauen so. Das habe jetzt nicht nur ich. Da entsteht ja auch erst mal so eine Sicherheit. Da ist erst mal glaube ich bei uns eine gesunde Herangehensweise.
- B: Oder einfach so: 'Ich darf bedürftig sein.'
- A: Genau. Das stimmt.
- B: Und das schon in der Schwangerschaft und vorbereitet, dass die die Bilder, die vielleicht, wenn man die im Kopf hat – vielleicht aus der Zeitung: vielleicht gut frisiert und schön dasitzend, glatte Haut und fröhlich trinkende Kinder. Das sind ja oft die Bilder, die dann so frustrieren und krass daneben stehen.
- I: *Die dann so verunsichern. Welche Möglichkeiten gibt es hier in der Praxis, da auch Hilfe entgegen zu bringen, wenn jemand Beschwerden hat?*

A: Wir sind mehrere Hebammen, die ja auch die Frauen zu Hause betreuen und oft ist das Erste eigentlich, dass die Hebamme zuhört, was ist passiert? Wie war die Geburt? Was ist im Moment gerade da? Das man guckt, was braucht die Frau gerade, dass man da eben erst mal hinschaut, in der ganz normalen Nachsorge. Ich habe die Erfahrung gemacht und auch die anderen Kollegen, dass da schon vieles, was wackelig ist, wo es unsicher ist, dass da schon Sicherheiten entstehen, die auch mal weinen - eben auch merken, es wird wieder leichter, ich werde sicherer mit meinem Baby und man auch die Frauen nochmal unterstützt, dass sie wirklich auch Anspruch haben, auf eine kontinuierliche Hebammenbetreuung. Das ist ja unter Hebammen sehr unterschiedlich, aber möglich ist es ja bis acht Wochen nach der Geburt und wenn eine Frau sich nicht wohl fühlt, darüber hinaus auch länger, gerade wenn es Stillprobleme gibt oder wenn sie merken, ich bin einfach noch unsicher. Da werden die Frauen – merke ich immer – auch schon viel sicherer und es wird eben, was ich auch viel erkläre oder die Kollegen oder auch Person B oder unsere anderen Therapeuten, die hier arbeiten, dass ja auch früher oft große Familien waren, das eine junge Mutter nochmal anders unterstützt wurde. Heute leben ja oft die Frauen in ihrer Kleinfamilie und da ist oft die Hebamme schon eine Frau, die eine Art Sicherheit, Stütze gibt und einfach auch da ist, ein Stück begleiten kann. Wenn ich oder Kollegen von mir merken, jetzt möchten wir schon, dass es therapeutisch noch ein Stück weitergeht, wenden wir uns an Person B oder andere, das sind unsere wichtigsten Ansprechpartner. Bei mir ist es jetzt so, dadurch dass ich noch selbst eine therapeutische Ausbildung habe, ist es was, wo ich merke, hier können wir über den Körper nochmal gucken, was ist da. Da kann ich ein Stück auch alleine begleiten, das geht gut und vor allem immer mit dem Baby. Das finde ich eine wichtige Ressource in der Begleitung, weil immer gucken, wie reagiert das Kind? Was passiert gerade? Wo ich auch immer weiß, wo ist die Mama gerade, was braucht das Kind? Ich finde das Kind ist da total wichtig in der Begleitung. Wenn ich jetzt aber das Gefühl habe, ich möchte lieber, dass es eine Therapeutin übernimmt, dann gucken wir einfach weiter.

I: *Läuft dann eine Therapie?*

B: Da muss man gucken. Postpartale Depression kann man ja vom Babyblues bis zu krassen psychiatrischen Zuständen einordnen. Also bei einem richtig krassen Zustand ist es nicht so einfach, alleine. Es müsste bezahlt werden, das ist eine Hürde. Es muss schnell gehen, wenn es niemand ist, der hier betreut wurde, wenn es jemand ist, der sich von außerhalb meldet, wenn er einen Flyer gefunden hat: Wochenbettdepression betreut jemand, ist das Schwierige, die Ressourcen bereitzustellen, dann ist es – wenn es den Mutter-Kind-Kontakt gibt und man den im Auge behalten darf und es ist eine Chance, ist es oft so, dass nur bei krassen Zuständen, so sehe ich das, ein gutes zwischen die Frau losschicken, sich alleine gut versorgen und dann wieder gut versorgt zum Kind zu gehen, weil das Kind ja konfrontiert in seiner Lebendigkeit – das, was die Frau gerade abwehrt oder ein Leben lang schon abgewehrt hat. Und da braucht man den Partner dazu, der in der Zeit das Kind nimmt oder eine Großmama, die da ist oder keine Ahnung, wer noch. Also, man bräuchte jemanden, der das Kind immer mal nimmt, den Vater, der meist auch unsicher wird. Das ist etwas Typisches, das die Väter Angst kriegen und ihre Frau nicht so wieder erkennen, also ich nehme immer die Väter mit ins Boot, dass sie keine Angst davor bekommen. Da kommt so viel auf einmal: der Vater unsicher, die Mutter unsicher, das Kind hat meistens auch eine Geschichte und es ist ein Bedürfnissalat: braucht das Paar zuerst etwas, braucht die Mama erst etwas – wer braucht hier zuerst etwas? Und eigentlich müsste man, um gut arbeiten zu können, ganz viele Ressourcen zur gleichen Zeit ansetzen können. Die Hebamme mit im Boot haben, was kann sie übernehmen?

I: *Einfach auch Entlastung schaffen?*

- B: Ja genau. Das ist schwierig, hier losgelöst zu etablieren oder eine längere Begleitung zu etablieren, das bezahlt zu bekommen bzw. im Hintergrund jemanden zu haben, zu sagen, ich traue euch das zu, ambulant hinzubekommen, mit einer ziemlich engmaschigen Betreuung – da muss man wirklich auch wöchentlich gucken und im Hintergrund, wenn es wirklich überfordernd ist oder alle drei Mutter, Vater und das Kind kommen nicht aus der Spannung raus, das man da eigentlich auch eine Klinik im Hintergrund haben könnte, was aber auch von der Erfahrung her schwierig zu bewerkstelligen ist.
- I: *Hatten Sie diese Fälle schon, dass sie in der Klinik waren und wie sind da die Erfahrungen?*
- B: Die krassen Fälle, die zu mir kommen, sind in der Klinik gewesen – kurzzeitig und sind dort wieder verschwunden, sind geflüchtet, weil irgendetwas nicht stimmte, was nötig gewesen wäre.
- I: *Ist der Schwerpunkt da zu sehr auf medikamentöser Behandlung?*
- B: Den einen Fall, den ich jetzt im Hinterkopf habe, da muss Urlaubszeit gewesen sein – alles was so im Plan stand: Ergotherapie etc. lief nicht. Es war Unterbringung gewährleistet, Medikamente gewährleistet – das war aber alles. Und was dort oft nach hinten los geht – auch wenn es Mutter und Kind zusammen aufnehmen wichtig ist. Die Mama ist sowieso konfrontiert mit dem lebendigen Kind und die ist dann den ganzen Tag von früh bis abends zusammen mit dem Kind und hat dort keine Möglichkeit, abzugeben oder zu sagen: 'Ich kann jetzt nicht. Geh Du mal hin.' Wenn das dort nicht ist, da geht es denen schlechter in der Klinik, als mit den Restressourcen zu Hause.
- I: *Also sind die Erfahrungen nicht so positiv, in Bezug auf angemessene Hilfe.*
- B: Muss ich leider sagen.
Ich muss sagen, das ist die leichte Form, die ich ja eher versorge oder was die Hebamme übernimmt, dann die mittelschwereren Sachen für ambulante Therapien, da ist ja dann manchmal, wenn man etwas Therapeutisches in der Klinik braucht, wüsste ich jetzt gar nicht. Ich kenne es nur für den ganz krassen Fall, wo es aber medikamentös abläuft. So kenne ich es jetzt. Aber so ein Mittelding wüsste ich jetzt auch nicht.
- I: *Was ich jetzt wahrgenommen habe ist, dass für sehr schwere Fälle ja medikamentöse Behandlung wichtig und auch richtig ist, v.a. wenn es z.B. psychotische Zustände sind. Aber für die mittelschweren Fälle...?*
- A: ...in denen es ambulant schwierig wird, wenn wir merken, das geht jetzt draußen nicht mehr so, da wird es schwierig, da kenne ich jetzt nichts mehr so.
- I: *Da ist es also schwierig, wenn man in der Praxis steht und jetzt mal so einen Fall hat – man weiß eigentlich nicht, wohin mit denen? ...wo man ein gutes Gefühl dabei hat... Es gibt sicher einige Adressen, aber man hat ja auch ein Gefühl dabei...*
- B: Und ich glaube, es ist bei den mittelschweren bis krassen Fällen wichtig, dass so die betreuenden Leute zusammenstehen, Sicherheit bieten, die machen Sachen Hand in Hand. Was auch ein gutes Gefühl macht für denjenigen, der betreut wird. Also ich bin hier in Sicherheit. Das bricht plötzlich alles weg – alles ist unsicher. Und dann Person A – Du hast noch gar nicht erwähnt – Deine Gruppe ... Wir haben eine neu initiierte Gruppe, die im Moment ins Leben gerufen wird.
- A: Wir haben eine Gruppe für Frauen für „...“, das ist daraus entstanden, dass ich jetzt im Sommer mehrere Frauen hatte, die so ein Stück von mir begleitet wurden, in dem ersten Jahr und die so Lust hatten und gesagt haben, gibt es da nicht mal eine Gruppe? Und da habe ich gesagt: 'Ist eigentlich eine gute Idee.' Da war so eine Sehnsucht der Frauen da, sich auch mal untereinander auszutauschen. Und ich fand die Idee auch ganz gut. Mir gefiel das gut. Das konnte ich mir vorstellen. Es muss jetzt nicht nur die Frau nach der Geburt sein, sondern auch schon für Schwangere, die eben merken, es tauchen Themen auf: ich werde unsicher und

da habe ich das jetzt seit Oktober. Das ist zweimal im Monat 1,5 Stunde, eine offene Möglichkeit. Das ist jetzt keine geschlossene Gruppe, das war mir wichtig. Damit nicht erst der Druck für die Frauen besteht, es müssen so und so viele kommen und es ist vielleicht jetzt gerade das Bedürfnis da. Momentan, die Frauen, die ich jetzt hatte, die gehen natürlich wieder arbeiten jetzt – die sind erst mal raus aus der Phase und jetzt muss es erst mal ein Stück wachsen, aber prinzipiell finde ich das eine wichtige Möglichkeit, ein offenes Angebot zu haben.

I: *Um welche Themen geht es da? Um die, die mitgebracht werden?*

A: Genau. Um Ängste, um Unsicherheiten – was gerade anliegt. Wo sie merken, sie kommen nicht klar. Ob es jetzt das Weinen vom Baby ist oder ... Das kann ja sehr vielfältig sein.

I: *Ist das offen, was die Leute mitbringen?*

A: Das ist sehr offen. Für mich auch trotzdem noch mal eine Sondierungsmöglichkeit, merkt man ja dann auch: Braucht es mehr, muss es weiter geleitet werden, wo ich ja immer weiß, ich habe hier die Praxis. Ich kann jetzt hier fragen oder Kollegen ansprechen.

I: *Das ist schon toll! In einem solch großen Team zu arbeiten, mit so vielen Professionen...!*

B: Das hat eine große Chance.

I: *Was ist besonders wichtig für betroffene Mütter und für betroffene Kinder?*

A: Na für das Baby immer, das die Mutter wieder unterstützt wird und Sicherheit kriegt. Am Baby finde ich, merkt man das ganz deutlich. Müttern ist auch oft wichtig, was Person B angesprochen hat, das der Partner mit dazugenommen wird, das äußern sie oft auch selber. Das das Paar mit sich erst mal Sicherheit bekommt, dass sie auch erklärt kriegen, was passiert hier gerade, was ist denn eigentlich los und selber da Unterstützung kriegen, das ist ganz häufig ein Bedürfnis. Ich finde, die Paarebene ist total wichtig.

B: Also generell ist es ja ein Thema, wo es darum geht, Bedürftigkeit zu zeigen, in Kontakt mit einem anderen. Egal, ob das Kind jetzt der Mama zeigt, die macht nämlich zu, wenn das Kind schreit, kann ich offen da bleiben, oder auch der Partner, wenn es der Partnerin nicht gut geht, die Nähe. Sich zu erlauben, in den Armen des Anderen bedürftig zu sein – egal wer. Das Kind darf es, der Mann darf es und die Frau darf es auch. Im günstigsten Fall ist immer einer da und der andere ist es. Das alle drei zur gleichen Zeit bedürftig sind, ist es nicht lösbar. Man muss da wirklich gucken, wer zuerst und wahrscheinlich ist es die Frau zuerst, die in den Arm genommen werden muss. Aber es sind ja oft Frauen, die vorher erfahren haben, das ist nicht drin im Lösungsrepertoire, bedürftig zu sein und Gefühle fließen zu lassen.

I: *Sind das oft traumatisierte Frauen?*

B: Ich würde sagen: immer. Es kommt natürlich darauf an, wie weit man die Definition fasst. Es sind immer in Gefühlen – die Lebensgeschichte der Gefühle der Frau ist immer traumatisiert.

A: Auf alle Fälle.

B: Gefühle mussten im Leben zurück gehalten werden und es ist lange Zeit durchgehalten worden, bis zur Geburt.

A: Was ich noch als Therapeutin unterstützend erlebe, bei Paaren, ist, wenn die Frau gerade etwas äußert, wo sie in Not ist. Ich gucke dann auch immer, wie geht es denn dem Mann – sieht man ja und dann der Mann, wenn der wegrutscht, wenn gerade etwas passiert... wenn der Mann ein bisschen erzählt, was gerade mit ihm passiert, ist auch oft sehr entlastend. Da habe ich die Erfahrung gemacht, dass sich dann bei den Frauen eine große Nähe aufbaut, das sie dann auf einmal sagt: Ach so geht es Dir und dann kommt bei den Paaren wieder etwas in Fluss. Ich pendele dann zwischen dem Paar. Guck mal, was bei Dir jetzt passiert und da merkt man, da reicht es schon oft, wenn der Mann sagt, wie es ihm geht und das

war 's.

B: Ja genau. Und wenn die Frau das annehmen kann, da ist man eigentlich schon raus aus der schwersten Zeit, was bei den häufig so ist. Die Frau kann gar nicht mit dem Kind gerade und ist gerade in einer großen Not. Der Partner ist da und da beruhigt sich das Kind und entfaltet sich. Bei der Frau ist es einerseits die Entlastung und andererseits kann sie es nicht annehmen: Wieso bei dem, das Kind will gar nicht zu mir? Es tut gut und ist gleichzeitig eine Konfrontation. Und das zu übersetzen und als Schatz anzusehen, als es als Konkurrenz zu sehen, ist oft etwas sehr Typisches, was zuerst passieren muss.

I: *Ich denke, das waren so meine Fragen. Gibt es noch wichtige Dinge, die ich nicht erfragt habe?*

A: Was mir jetzt noch zur Entlastung einfällt, was denen eben hilft, den Frauen, wenn man denen eben auch erklärt, wenn so etwas auftritt, dass das eher auch etwas Positives ist, dass sich etwas zeigen will, was verborgen war im Leben, bisher sich noch nicht zeigen konnte und man jetzt gemeinsam gucken kann, was man braucht. Da merke ich, dass die Frauen auch entlastet sind, weil das erste Gefühl ist: Ich mache etwas falsch, ganz klassisch für die Depression. Ich reiche nicht, ich mache etwas falsch. Wenn man es ein Stück für den Kopf erklärt, was eigentlich gerade passiert, da merke ich auch immer wieder das Durchatmen: O.k., ich mache keine Fehler. Es ist etwas, was sich jetzt zeigen will. Das fiel mir jetzt noch als Entlastung ein.

B: Was mir gerade noch einfällt. Ich war kürzlich bei einer Tagung: Geburt – Bindung – Gesellschaft, da waren auch anthropologische Vorträge und Berichte aus ganz primitiven Gesellschaft und ganz klare Aussagen: Die kennen dort so etwas nicht. Die kennen Wochenbett, Blues überhaupt nicht. Wieso gibt es Heultage? Was machen denn eure Frauen? Und das andere - das Eingebundensein in diese Rituale, von vornherein, die es dort gibt. Diese erlaubte Ausnahmesituation von Müttern und dieses gelebte Ritual, z.B. 6 Wochen nicht aus dem Haus zu gehen, oder auch nicht abzuwaschen etc. . Es ist schwer, deswegen werden sie von vornherein - darf es sein - , du wirst entlastet – ganz verständlich.

I: *Und hier müssen die Frauen einfach weiter funktionieren, sozusagen.*

B: Die familiäre Einbindung. Die ganz Familie begleitet das Geschehen ringsherum.

I: *Hier ist es so, wenn es hoch kommt, ist der Vater mal ein bis zwei Wochen da und danach muss die Frau klar kommen.*

B: Sie ist doch sehr alleine, auf sich angewiesen für ein Jahr.

A: Und man merkt schon, dass es bei den Paaren leichter ist, die sich den Monat Zeit nehmen oder wo die Familie ein Stück von den Eltern annehmen können. Das ist ja heutzutage auch oft der Konflikt: die Eltern würden gern helfen, aber die Hilfe die die Eltern anbieten, sind eben für die Töchter nicht die Hilfe, weil sich ja schon manches geändert hat, ob es das Stillen ist, wo man früher aller 4 Stunden – das ist ja immer auch nicht so einfach. Aber das stimmt, es kommt eigentlich immer schon im Kurs vor, dass wir die Frauen vorbereiten, dass ein Paar oder eine kleine Familie ungefähr 6-8 Wochen braucht, um überhaupt wieder eine Struktur hat – es muss sich neu finden. Und ich erkläre eigentlich auch immer, dass alle eigentlich auch solche Tiefs haben, auch die Männer, nur das äußert sich bei einem Mann anders. Eine Frau hat andere Zeichen – dass selbst das Baby, das Geschwisterkind einfach mal mehr weinen, denen es einfach gerade mal schwer fällt. Das entlastet glaube ich auch schon: zu wissen, es muss jetzt hier nicht alles klappen.

B: Klar, das ist die Erlaubnis in Führungsstrichen, des nicht Funktionierens. Was bei der einen normal ist, aber die sich das nicht erlaubt, wird es zum Tabuthema. Die Frauen haben einen sehr großen Anspruch an sich.

A: Den Anspruch hatte ich auch. Das weiß ich auch noch von mir. Ich dachte, ich zeige es, dass ich das kann, ich kriege das alles hin, bis die erste

Brustentzündung kam – buff.

B: Und es war vielleicht 30 Jahre lang Thema, taff durchs Leben gegangen zu sein und plötzlich geht's nicht mehr – dieses Abrupte.

I: *Es ist nochmal sehr interessant, das Ganze unter einem anderen Blickwinkel zu sehen.*

A: Ich glaube, das macht unsere Praxis auch aus. Wir sehen einfach Dinge auch anders, auch die Geburtsvorbereitung ist ja doch anders, als in einer Klinik eine Geburtsvorbereitung. Es ist eine andere Herangehensweise.

B: Das sind die Diagnosen. Wir brauchen hier keine Diagnosen, deswegen ist das auch schwer statistisch zu beantworten, aber der Kontakt steht hier an Stelle Nummer eins.

I: *Weil hier eine Beziehung aufgebaut wird.*

B: Ja.

I: *Ich danke Ihnen ganz herzlich für dieses Interview. Diese freie Perspektive ist sehr interessant und ein neuer Blickwinkel.*

A: Gern.

B: Gern.